



Hälsan i Västernorrland

*Resultat från enkätundersökningen
Hälsa på lika villkor 2022*

Sammanfattning

Enkäten Hälsa på lika villkor är en nationell och återkommande enkätundersökning om befolkningens hälsa, som under våren 2022 gick ut till ett urval av Sveriges befolkning. Undersökningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, Statistiska centralbyrån och Sveriges regioner. I Västernorrland besvarades den av fler än 7500 personer fördelat över länets sju kommuner och resultaten presenteras i denna rapport. Resultaten jämförs med 2018 års enkätundersökning och i vissa fall även från 2006 års enkätundersökning.

Undersökningen visar att andelen i länets befolkning som anger att de har god eller mycket god självskattad hälsa har ökat något sedan 2018 och idag uppger cirka sju av tio att de har god hälsa. Västernorrälänningarna har dock fortfarande en lägre andel med god självskattad hälsa i jämförelse med riket. Trenden med en ökande andel som har övervikt eller fetma håller i sig och andelen med högt blodtryck har också ökat något sedan 2018. Utbredningen av diabetes i länet ligger kvar på ungefär samma nivå som tidigare men i Västernorrland finns fortfarande en något högre andel som anger att de har diabetes jämfört med rikssnittet.

För den psykiska hälsan ses inga eller marginella skillnader sedan senaste mätningen. I jämförelse med 2018 ses små skillnader i psykiskt välbefinnande och detsamma gäller ängslan, oro och ångest. Andelen som anger att de fått en depressionsdiagnos liksom andelen som haft självmordstankar ligger också kvar på samma nivå som senaste mätningen. Andelen som känner sig stressade har minskat något, men samtidigt har andelen med sömnsvårigheter ökat något sedan 2018.

I Västernorrland har vi en något lägre andel som är tillräckligt fysiskt aktiva i jämförelse med rikssnittet, men andelen fysiskt aktiva i länet har i alla fall ökat något sedan 2018. Stillasittandet har tyvärr också ökat något, både i länet och i riket. Fler rör sig alltså regelbundet men fler sitter också stilla under en längre tid av dygnet sedan senaste mätningen. I 2022 års undersökning ställdes en ny fråga om hur ofta man visats i naturen och i grönområden och här visar resultaten att drygt sju av tio västernorrälänningar vistas regelbundet i natur- och grönområden, vilket är samma andel som i riket. När det gäller matvanorna verkar intaget av frukt och grönsaker ha minskat något sedan 2018, en försämring som skett både i länet och i riket i stort.

För alkohol- och tobaksvanorna visar resultaten på en viss positiv utveckling från 2018. Andelen män som har riskabla alkoholvanor har minskat något och likaså andelen män och kvinnor i länet som röker dagligen. Snusningen har till skillnad mot rökningen ökat något sedan 2018, där 19 procent nu skattas vara dagligsnusare. Ökningen, som framför allt skett för kvinnor, kan delvis förklaras av att frågan om snusning utökats till att även inkludera tobaksfri snusning ("vitt snus"). Användningen av e-cigarett har blivit allt vanligare bland yngre och i åldersgruppen 16 – 29 år har användningen fördubblats sedan 2018. Totalt sett för länets befolkning verkar dock användningen av e-cigarett inte ha ökat.

I undersökningen ställs frågor om befolkningens ekonomiska förutsättningar och sociala relationer. Resultaten visar att ingen försämring skett mellan åren 2018 och 2022 i andelen som anger att de haft ekonomiska problem. Snarare syns en förbättring, framför allt för kvinnor, där fler anger att de klarar oväntade och löpande utgifter i jämförelse med 2018. Sjukfrånvaron har ökat markant sedan 2018 med fler personer som anger att de varit borta från jobbet på grund av ohälsa eller sjukdom. Detta är troligen en effekt av Covid 19-pandemin och de restriktioner och åtgärder som följde med den. En annan trolig effekt av Covid 19-pandemin är resultaten om socialt deltagande som visar en kraftig minskning av deltagande i sociala aktiviteter såsom teater, bio, sporttillställningar, släktsammankomster, konst- och museibesök.

För första gången har befolkningens utsatthet för ensamhet och isolering undersökts i Hälsa på lika villkor. Resultaten visar att en av fyra i länet upplever besvär av ensamhet, men i länet ses lite bättre siffror i jämförelse med riket. Kvinnor uppger i något högre utsträckning besvär av ensamhet jämfört med män. Allra mest besvär finns i den yngsta och den äldsta åldersgruppen där det i båda grupperna är cirka fyra av tio som rapporterar besvär av ensamhet och isolering.

När det gäller trygghet och våldsutsatthet visar resultaten att både utsatthet för kränkningar, hot om våld och fysiskt våld har minskat sedan 2018. Även andelen som känner otrygghet utomhus har minskat, men skillnaderna mellan könen kvarstår där kvinnor i betydligt högre utsträckning avstår att gå ut på grund av rädsla. Möjligtvis ses en pan-demieffekt av 2022 års resultat gällande trygghet och våld där minskande sociala aktiviteter i samhället skapade färre tillfällen för att utsättas för kränkningar, hot och våld.

Publikationsdatum:	2023-04-13
Författare:	Jonas Englund, Folkhälsoanalytiker och Nina Nordin, Folkhälsostrateg, Enheten för Folkhälsa, Region Västernorrland
Bilder:	Mostphotos – Sveriges största bildbank med över 41 miljoner bilder
Kontaktuppgifter:	Region Västernorrland
Postadress:	871 85 Härnösand
Telefon, växel:	0611-800 00
E-post:	region.vasternorrland@rvn.se
Webb:	www.rvn.se/sv

Innehåll

Inledning	5	Sociala relationer	18
Folkhälsomål och kärnindikatorer.....	5	<i>Ensamhet och isolering</i>	18
God och nära vård.....	5	<i>Emotionellt stöd</i>	18
Regionala utvecklingsstrategin (RUS)	5	<i>Hjälp med praktiska problem</i>	18
Metod	6	<i>Socialt deltagande</i>	19
Hälsan i Västernorrland	7	Trygghet och våld.....	20
Fysisk hälsa	7	<i>Tillit till andra</i>	20
<i>Självskattad hälsa</i>	7	<i>Otrygghet utomhus</i>	20
<i>Övervikt och fetma</i>	7	<i>Kränkningar</i>	20
<i>Tandhälsa</i>	8	<i>Utsatt för våld eller hot</i>	20
<i>Diabetes och högt blodtryck</i>	8	Oro för insjuknande i covid-19	22
<i>Värk och besvär</i>	9	Könsidentitet och hälsa.....	23
Psykisk hälsa.....	10	Socioekonomiska skillnader i hälsa	25
<i>Ängslan, oro och ångest</i>	10	Ungdomar och unga vuxna (16–29 år)	27
<i>Psykiskt välmående och psykisk påfrestning</i>	10	Vuxna (30–64 år)	29
<i>Stress</i>	10	Äldre (65+ år)	30
<i>Sömn och trötthet</i>	10	De äldsta (85+)	31
<i>Depression</i>	11	Fördjupade analyser	32
<i>Själv mordstankar</i>	11	Funktionsnedsättningar och hälsa	32
Levnadsvanor	12	Kommuneffekt.....	35
<i>Fysisk aktivitet och stillasittande</i>	12	<i>Analys – Självskattad hälsa</i>	35
<i>Naturvistelse</i>	12	Sammanfattning	38
<i>Matvanor</i>	13	Bortfallsinformation	39
<i>Alkohol</i>	14	Referenser	40
<i>Tobaksrökning och e-cigarett</i>	14		
<i>Snus</i>	15		
<i>Narkotika</i>	15		
Ekonomi och boende.....	16		
<i>Haft ekonomisk kris</i>	16		
<i>Klarar inte oväntad utgift</i>	16		
<i>Avstått tandvård trots behov</i>	16		
<i>Arbetsrelaterad oro och sjukfrånvaro</i>	16		
<i>Störd sömn av trafikbuller</i>	17		

Inledning

Enkäten Hälsa på Lika Villkor (HLV) är en nationell enkätundersökning om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor; dess syfte är dels att belysa hälsoläget idag, dels att följa hälsan över tid. Undersökningen år 2022 är den 17:e i ordningen och i Västernorrland ingick nästan 20 000 västernorränningar via ett stratifierat slumpmässigt urval. Nytt för 2022 års undersökning är att alla 16 år och äldre ingått i urvalet, till skillnad från tidigare års undersökningar där ingen äldre än 84 år ingått. Detta ger både en bild över hur hälsan ser ut som helhet för länets befolkning äldre än 15 år samt en ny inblick i hur de allra äldsta mår och hur deras livssituation ser ut.

Resultaten från Hälsa på lika villkor används av regionen, kommunerna samt andra aktörer i länet i det övergripande uppföljnings- och utvecklingsarbetet av folkhälsoarbetet i länet. Till undersökningen år 2022 valdes ett större urval per kommun för att få ett bättre underlag till kommundata. Nedan specificeras också de gemensamma strategier som finns inom länet där Hälsa på lika villkor-undersökningen fungerar som ett viktigt kunskapsunderlag.

Folkhälsomål och kärnindikatorer

Det övergripande nationella folkhälsomålet är "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation". Målet delas in i åtta folkhälsopolitiska målområden som alla har stor betydelse för folkhälsans utveckling:

1. Det tidiga livets villkor.
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning.
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter.
5. Boende och närmiljö.
6. Levnadsvanor.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Folkhälsomyndigheten har arbetat fram en lista över kärnindikatorer för att följa upp de åtta målområdena. Utifrån HLV kan en del, men inte alla, kärnindikatorer följas upp och redovisas. Vilka just dessa kärnindikatorer är finns listat hos Folkhälsomyndigheten (*Folkhälsomyndigheten, 2021*).

God och nära vård

Det finns en gemensam målbild för Västernorrlands region och kommuner i arbetet med God och nära vård. Det övergripande syftet med målbilden är att skapa en god och jämlik vård som individen kan vara trygg med. I målbilden finns fyra viktiga målområden med invånaren i fokus (SocialReko, Västernorrlands kommuner samt Region Västernorrland, 2020):

- Jag har en vård som är tillgänglig för mina behov
- Jag har en kontinuitet i min kontakt med vården
- Mitt behov är i fokus och jag är delaktig i min egen vård
- Vården är hälsofrämjande och förebyggande för min hälsa

Resultaten från Hälsa på lika villkor ger kunskap om befolkningens självrapporterade hälsoläge och levnadsvanor vilket gör att det långsiktiga arbetet med God och nära vård kan följas upp samt inriktas till områden där behoven är som störst.

Regionala utvecklingsstrategin (RUS)

Den regionala utvecklingsstrategin har gemensamt tagits fram av länets aktörer och sätter inriktningen för det regionala utvecklings- och tillväxtfrämjande arbetet fram till år 2030. Visionen i strategin är Ett Västernorrland – handlingskraft, livskraft och naturkraft. Tillsammans för människors och företags växtkraft, i en hälsosam livsmiljö för framtida generationer (*Region Västernorrland, 2020*).

Regionala utvecklingsstrategin utgår ifrån Agenda 2030 som sätter hållbar utveckling i fokus (social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet). En hållbar utveckling för att både kunna tillfredsställa dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov. Strategin har en tydlig folkhälsokoppling, kanske framför allt inom områden som rör livsvillkor och förutsättningar för hälsa, exempelvis sysselsättning och utbildning. Hälsa på lika villkor bidrar här med kunskap om länets folkhälsoutveckling samt möjliggör analyser för olika socioekonomiska grupper.

Metod

Enkätundersökningen som denna rapport baseras på har genomförts av Statistiska Centralbyrån (SCB) på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. I Västernorrland ingick initialt ett urval om 19 150 individer under våren 2022, vilket sedan reducerades till 18 924 efter kontroll för överteckning, det vill säga de som inte längre ingick i målpopulationen på grund av emigrering eller dödsfall. Totalt inkom 7 533 svar, varav 3 988 från kvinnor och 3 545 från män (mer information om svarsfrekvenser i olika grupper finns i avsnittet om bortfallsinformation). Urvalet har genomförts som ett stratifierat slumpmässigt urval där olika åldersgrupper, uppdelat på kön, i respektive kommun i länet har utgjort stratumen. Totalt ingick ett urval om, i genomsnitt, 205 personer från respektive strata från varje kommun, med Sundsvall och Örnsköldsvik som undantag där cirka 450 respektive 420 personer ingick i urvalet i varje strata (*Statistiska Centralbyrån, 2022*).

Datainsamlingen gick till genom utskick per post till alla personer och för de som inte besvarade enkäten inom en viss period gick det ut påminnelser. Totalt gjordes fyra utskick för personer 64 år eller yngre och tre utskick för dem äldre än 64 år (*Statistiska centralbyrån, 2022*). Möjlighet att besvara enkäten via ett webbformulär fanns vid varje utskick.

Designvikter för respektive individ har beräknats i syfte att få väntevärdesriktiga estimat för målpopulationen, vilket är standardförfarande vid urval av komplex design. Dessa designvikter har också kalibrerats för att även ta hänsyn till bortfallsinformation, där svarssannolikheter för respektive individ skattats. Via ett sådant förfarande korrigeras estimaten med avseende på bortfallet och populationsskattningarna viktas för att ta hänsyn till att olika individer har olika svarsbenägenhet (*Statistiska centralbyrån, 2022*).

Vad beträffar enkätens kvalitet finns mer att läsa om i Folkhälsomyndighetens kvalitetsdeklaration av Hälsa på Lika Villkor (*Folkhälsomyndigheten, 2022*).



Hälsan i Västernorrland

Fysisk hälsa

Självskattad hälsa

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd (självskattad hälsa) är ett mycket vanligt mått för att beskriva den övergripande hälsoutvecklingen i en befolkning. Självskattad hälsa mäts på en femgradig skala från mycket god till mycket dålig hälsa och har i studier visat sig kunna förutsäga människors framtida fysiska och psykiska hälsa (*DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2005*).

Andelen med god eller mycket god självskattad hälsa i länet är 71 procent för män och 64 procent för kvinnor (68 procent totalt). Detta är något högre än 2018 då andelarna var 69 procent för män och 63 procent för kvinnor (66 procent totalt). År 2022 ingår dock den äldsta gruppen med 85+ vilken inte ingick år 2018. Om den äldsta gruppen utesluts så blir det en något högre siffra för de med god självskattad hälsa år 2022, 66 procent för kvinnor och 72 procent för män. I jämförelse med riksnittet har Västernorrland en lägre andel som anger god/mycket

god självskattad hälsa. I riket är siffrorna 75 procent bland män och 69 procent bland kvinnor (72 procent totalt). Yngre har i högre utsträckning en god självskattad hälsa i jämförelse med äldre, vilket till viss del är förväntat då sjukdomar och besvär blir allt vanligare med en ökande ålder.

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma har ökat över hela landet de senaste decennierna. Idag uppskattas 64 procent av männen och 53 procent av kvinnorna (59 procent totalt) i Västernorrland ha övervikt eller fetma. Detta är något högre än 2018 då siffrorna var 63 procent bland män och 50 procent bland kvinnor (56 procent totalt). Andelen med enbart övervikt, det vill säga ett BMI mellan 25 och 30, har inte ökat sedan 2018 utan det är andelen med fetma som ökat. Fetma hos män har ökat från 18 till 22 procent och hos kvinnor från 19 till 21 procent mellan mätningarna. Fetma och övervikt är som allra mest vanligt i åldersgruppen 45 – 64 år där 70 procent har övervikt varav 27 procent med fetma.



Både övervikt men framför allt fetma är vanligare i Västernorrland än i riket. Andelen med fetma är 16 procent bland både män och kvinnor i riket, vilket är fem procentenheter lägre än i Västernorrland.

Tandhälsa

Självskattad tandhälsa är ett mått som likt självskattad hälsa mäts på en femgradig skala från mycket bra tandhälsa till mycket dålig tandhälsa. Tandhälsan ses som en integrerad del av människors generella hälsotillstånd och är viktig att följa. Att ha en god tandhälsa är viktigt för människors livskvalitet och välbefinnande (*World Health Organization, 2022*). Dessutom visar forskning att en sämre tandhälsa, i synnerhet tandlossningssjukdom (parodontit) kan öka risken för hjärt-kärlsjukdom (*Hjärt-lungfonden, 2022*).

I Västernorrland anger 69 procent av männen och 77 procent av kvinnorna (73 procent totalt) att de har mycket bra eller ganska bra tandhälsa, vilket är något lägre jämfört med 2018. Men när åldersgruppen 85+ utesluts ur 2022 års siffror ses ingen skillnad mellan åren 2018 och 2022. Detta kan förklaras av att äldregruppen 85+ oftare

har sämre tandhälsa vilket drar ned siffrorna något för år 2022. Således är andelen med mycket bra eller ganska bra tandhälsa i stort sett oförändrad de senaste åren. Kvinnor i Västernorrland har en bättre självskattad tandhälsa jämfört med kvinnor i riket medan det för män är ungefär samma siffror i riket som i Västernorrland.

Diabetes och högt blodtryck

Högt blodtryck är vanligt förekommande bland den vuxna befolkningen och andelen ökar successivt med stigande ålder. I Västernorrland anger 33 procent av männen och 31 procent av kvinnorna (32 procent totalt) att de har högt blodtryck. Detta är högre än i riket där andelarna är 27 procent bland män och 25 procent bland kvinnor. Andelen som anger att de har högt blodtryck tycks ha ökat några procentenheter sedan år 2018 i Västernorrland.

Diabetessjukdomar delas upp i två typer. Typ 1-diabetes är en kronisk sjukdom där kroppen slutat producera insulin och vid typ 2 fungerar till viss del kroppens insulinproduktion. Typ 2-diabetes orsakas delvis av levnadsvanor och hälsotillstånd som fetma.

I Västernorrland anger 9,8 procent av männen och 6,3 procent av kvinnorna (8,1 procent totalt) år 2022 att de har diabetes (typ 1 eller 2). Detta är något högre än rikets siffror på 7,8 procent för män och 5,9 procent för kvinnor. Andelen i länet som anger att de har diabetes har inte ökat sedan 2018 utan ligger kvar på ungefär samma nivå.

Värk och besvär

Smärtor i axlar, nacke och rygg är vanligt hos både män och kvinnor och beror ofta på stelhet i musklerna orsakat av exempelvis stillasittande eller felaktiga arbetsställningar. Ibland beror värken också på stress (1177, 2019). Tinnitus kan uppstå i alla åldrar och kan orsakas av många olika faktorer såsom spänningar i nacke/axlar, öronsjukdom, depression, ångest och vissa läkemedel. En vanlig orsak till tinnitus är också bullerskador till följd av vistelse i miljöer med höga ljud (1177, 2020). Återkommande mag- och tarmproblem kan vara ett uttryck för en mängd olika besvär och sjukdomstillstånd i både mag- och tarmkanal och bäckenet. Men besvären kan också orsakas av otillräckliga matvanor, alkoholbruk och psykosomatiska faktorer såsom stress (1177, 2021).

I länet anger 61 procent av kvinnorna och 47 procent av männen att de har lätta eller svåra besvär med värk i nacke, axlar eller skuldror, vilket är något högre i jämförelse med riket. Även värk i rygg eller höfter (inklusive ischias) är vanligt och finns hos 58 procent av kvinnorna och hos 49 procent av männen i länet. Tinnitus förekommer hos 33 procent av männen och 23 procent av kvinnorna. Mag- och tarmproblem är vanligt förekommande där 39 procent av kvinnorna och 26 procent av männen i länet uppger att de har lätta eller svåra mag- och tarmbesvär.



Psykisk hälsa

Ängslan, oro och ångest

Andelen som känner ängslan, oro eller ångest har ökat med flera procentenheter för både män och kvinnor det senaste årtiondet. Även om detta har ökat i Västernorrland så ligger vi betydligt bättre till än rikssnittet. I Västernorrland anger 31 procent av männen och 45 procent av kvinnorna att de har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. För riket är siffrorna 35 procent för män och 51 procent för kvinnor, se figur 1. Sedan 2018 har andelen med besvär inte ökat för kvinnor utan ligger på samma nivå. För män har det ökat ett par procentenheter, från 29 till 31 procent (dock inom den statistiska felmarginalen). Ängslan, oro och ångest är som allra vanligast i den yngsta åldersgruppen 16 – 29 år där drygt 50 procent av länets befolkning uppskattas ha lätta eller svåra besvär.

Psykiskt välmående och psykisk påfrestning

Andelen som har lågt psykiskt välbefinnande är 13 procent för män och 14 procent för kvinnor, se figur 1. Andelen med lågt psykiskt välbefinnande har inte ökat sedan år 2018 utan ligger kvar på samma nivå. Det är lika vanligt förekommande med lågt psykiskt välbefinnande i länet som i riket. Att ha lågt psykiskt välmående är vanligast i den yngsta åldersgruppen 16 – 29 år (25 procent) och minst vanligt i åldersgruppen 65 – 84 år (8 procent). För de allra äldsta är det dock ganska vanligt med lågt psykiskt välmående (16 procent).

När det gäller psykisk påfrestning användes nya enkätfrågor år 2022 som inte fanns med år 2018, varför inga jämförelser kan göras mellan åren. Enkätfrågorna för psykisk påfrestning utmynnar i ett index där resultaten blir låg, måttlig eller allvarlig psykisk påfrestning. Att få resultatet allvarlig psykisk påfrestning indikerar en högre sannolikhet att personen uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. I Västernorrland får 8 procent av männen och 9 procent av kvinnorna resultatet allvarlig psykisk påfrestning, vilket är ungefär i nivå med rikets siffror.

Stress

Att känna sig stressad är vanligt förekommande och i Västernorrland anger 15 procent av kvinnorna och 9 procent av männen att de känner sig ganska eller mycket stressade. Detta är en lägre andel jämfört med riket, se figur 1. Andelen som känner mycket stress har minskat något sedan 2018 års mätning. Att känna sig stressad är allra vanligast i åldrarna 16 – 29 och 30 – 44 år. Minst vanligt är det hos äldre 65+ år.

Sömn och trötthet

Andelen som uppger att de har lätta eller svåra besvär med sömnen har ökat mellan år 2018 och 2022 bland både kvinnor och män. Av kvinnorna anger 48 procent att de har sömnsvårigheter och bland män är andelen 37 procent, vilket är några procentenheters ökning sedan 2018. Ökningen finns kvar även om den nya äldregruppen 85+ är med i siffrorna.

Att känna sig trött och ha besvär av trötthet är vanligt förekommande både i Västernorrland och i riket. Västernorrlänningar ligger i nivå med riket när det kommer till besvär av trötthet. Det är fler kvinnor än män som har besvär av trötthet; 67 procent av kvinnorna och 53 procent av männen anger lätta eller svåra besvär av trötthet vilket är något högre jämfört med 2018.

Både sömn- och trötthetsbesvär är vanligast i den äldsta åldersgruppen där drygt hälften uppger att de har sömnbesvär och sex av tio har problem med trötthet. Svåra besvär av sömn och trötthet är dock mindre vanligt och de flesta anger att de har lätta besvär.

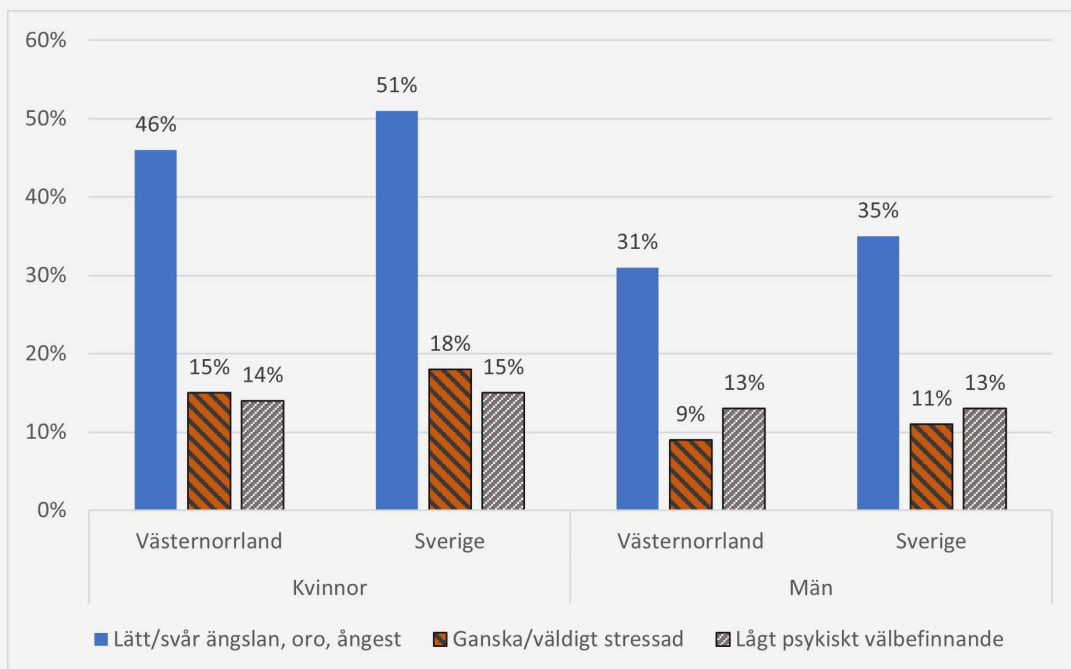
Depression

I Västernorrland anger 22 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att de någon gång fått en depressionsdiagnos av en läkare. Detta är ungefär i nivå med riket där siffrorna är 24 procent bland kvinnorna och 13 procent bland männen. Det har inte skett någon ökning sedan 2018 i hur många i Västernorrland som fått

diagnosen depression utan andelarna ligger kvar på samma nivå (oavsett om nya åldersgruppen 85+ är med eller utesluts ur analysen).

Självordstankar

Självordstankar förekommer något oftare hos kvinnor än hos män, men självmord är dock vanligare bland män (Folkhälsomyndigheten, 2022). I Västernorrland har andelen med självordstankar inte ökat de senaste åren varken för män eller för kvinnor utan ligger kvar på ungefär samma nivå. Självordstankar är också lika vanligt förekommande i Västernorrland som i riket. Andelen är 12 procent bland män och 14 procent bland kvinnor som anger att de någon gång kommit i den situationen att de allvarligt övervägt att ta sitt liv (haft självordstankar). För svarsalternativet om man haft självordstankar under det senaste året är siffrorna 3 procent för både män och kvinnor.



Figur 1: Andelen kvinnor och män i Västernorrland och Sverige som uppger lätt eller svår ängslan, oro eller ångest, ganska eller väldigt mycket stress, lågt psykiskt välbefinnande, ålder 16 år och uppåt, år 2022.

Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.





Levnadsvanor

Fysisk aktivitet och stillasittande

Regelbunden och tillräckligt mycket fysisk aktivitet har många gynnsamma effekter för oss människor. Fysisk aktivitet kan minska risken för att drabbas av flera folksjukdomar och kan förbättra den psykiska hälsan. För den vuxna befolkningen är den nationella rekommendationen att ägna sig åt minst 150 minuters pulshöjande fysisk aktivitet per vecka (FYSS, 2022). I Västernorrland är 63 procent av männen och 62 procent av kvinnorna tillräckligt fysiskt aktiva (150 minuter eller mer per vecka). Detta är en lägre andel än för hela riket där 68 procent av männen och 65 procent av kvinnorna är tillräckligt fysiskt aktiva. Andelen som är tillräckligt fysiskt aktiva i Västernorrland har dock ökat något sedan år 2018. Om den nya åldersgruppen 85+ år exkluderas från 2022 års siffror (och blir då åldersmässigt helt jämförbart med år 2018) har siffrorna förbättrats från 61 till 64 procent för den totala andelen i befolkningen 16 till 84 år som är tillräckligt fysiskt aktiva. Det är framför allt vardagsmotionen som ökat medan mer fysiskt krävande motionsträning ligger på ungefär samma nivå. Resultaten visar också att invånare i Västernorrland utövar något mindre vardagsmotion än rikssnittet.

Stillasittandet har ökat generellt i hela befolkningen och har att göra med omställningar i både privatliv och arbetsliv som innefattar mer tid framför exempelvis datorskärmar. Andelen i Västernorrland som är stillasittande

sju timmar eller mer per dag är 48 procent för män och 45 procent för kvinnor (47 procent totalt). Detta är högre jämfört med 2018 då siffrorna var 46 respektive 42 procent (44 procent totalt). Samtidigt har länet något lägre andel som är stillasittande, sju timmar eller mer per dag, i jämförelse med riket; 47 procent i länet och 51 procent i riket.

Andelen tillräckligt fysiskt aktiva är ungefär lika stor bland alla åldersgrupper i arbetsför ålder (16-64 år) där nästan sju av tio är tillräckligt fysiskt aktiva. Därefter sjunker andelen som är tillräckligt fysiskt aktiva i takt med stigande ålder. Stillasittandet är dock betydligt vanligare i den yngsta åldersgruppen där sex av tio är stillasittande sju timmar eller mer per dag.

Naturvistelse

Att vistas i naturen har positiva effekter på vår hälsa och har en stressreducerande effekt samt kan stärka den kognitiva förmågan. Att vara ute i naturen främjar också vår fysiska aktivitet och ger möjligheter till sociala aktiviteter och kontakter (Folkhälsomyndigheten, 2022).

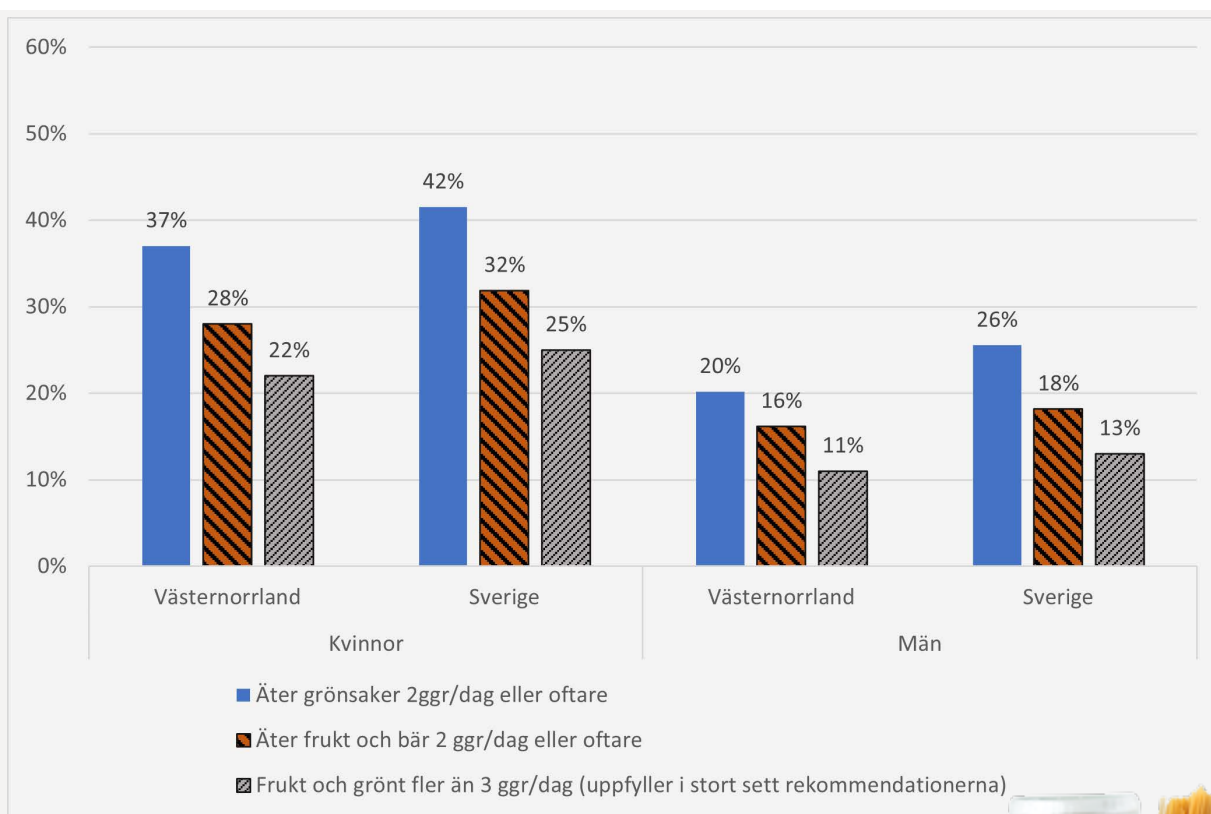
I undersökningen år 2022 ställdes en ny fråga om naturvistelse som löd "hur ofta är du utomhus i park, natur- eller grönområden (till exempel går promenader eller cyklar)?" Resultaten visade att en ganska stor andel i befolkningen vistas i natur- och grönområden regelbundet,

69 procent av männen och 77 procent av kvinnorna anger att de vistas i dessa områden några gånger per vecka eller oftare. Västernorrland har liknande siffror som i riket. Regelbunden vistelse i natur- och grönområden är vanligast i åldersgruppen 65 – 84 år där drygt åtta av tio är utomhus flera gånger i veckan. Minst vanligt är naturvistelse i den yngsta åldersgruppen där motsvarande siffra är sex av tio.

Matvanor

Våra matvanor har stor betydelse för vår hälsa och vårt välmående. Goda matvanor är en friskfaktor och är en av de levnadsvanor som påverkar befolkningens hälsa mest. Livsmedelsverkets rekommendationer för goda matvanor är att äta mer av grönsaker, frukt och bär; fisk och skaldjur; nötter och frön. Vi rekommenderas att byta till fullkornsprodukter, nyttiga matfetter och magra mejeriprodukter samt äta mindre rött kött och chark; salt, socker och alkohol (Livsmedelsverket, 2022).

Figur 2 visar andelen män och kvinnor i Västernorrland och riket som äter grönsaker 2 ggr/dag eller oftare, frukt och bär 2 ggr per dag eller oftare samt frukt och grönt 3 ggr/dag eller mer (ungefärligt rekommenderat intag), år 2022. Kvinnor äter i betydligt högre utsträckning både grönsaker och frukt jämfört med män, både i Västernorrland och i riket. Bland män skattas det vara 11 procent som äter frukt och grönt mer än tre gånger per dag, det vill säga att de uppfyller i stort sett rekommendationerna när det gäller frukt- och grönsaksintaget om 500 gram per dag. För kvinnor är motsvarande siffra 22 procent. Intaget av frukt och grönt har varit oförändrat för män sedan år 2018 men tycks ha försämrats något för kvinnor. Vid jämförelser mellan åldersgrupperna så är fördelningen ganska jämn i hur många som inte äter tillräckligt med frukt och grönsaker. Den yngsta åldersgruppen sticker dock ut genom att vara den grupp som är de största konsumenterna av sötade drycker.



Figur 2: Andelen kvinnor och män i Västernorrland och Sverige som äter grönsaker 2 ggr/dag eller oftare, frukt och bär 2 ggr/dag eller oftare, frukt och grönt fler än 3 ggr/dag (uppfyller i stort sett rekommendationerna), ålder 16 år och uppåt, år 2022.

Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

Foto: Helén Sahlstrand.





Alkohol

Riskfylld alkoholkonsumtion är än i dag en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och död i befolkningen. Riskerna omfattar både medicinska risker för oss människor samt sociala risker och konsekvenser. De sociala konsekvenserna av alkoholkonsumtionen har stor påverkan på vårt samhälle och är inblandade när det gäller både självskadebeteende, våldsbrott och dödsfall i trafiken (*Folkhälsomyndigheten, 2022*).

Alkoholkonsumtionen kan mätas och redovisas på olika sätt. Definitionen riskbruk av alkohol föreligger vid hög- eller intensivkonsumtion, och för män gäller detta när de dricker mer än 14 standardglas per vecka eller minst 5 standardglas vid ett och samma tillfälle. För kvinnor föreligger riskbruk av alkohol vid intag av mer än 9 standardglas per vecka eller minst 4 standardglas vid ett och samma tillfälle (*Riddargatan, 2022*).

I Västernorrland har 8 procent av kvinnorna och 7 procent av männen (8 procent totalt) ett riskbruk av alkohol (mätt som mer än 14 för män och 9 för kvinnor standardglas per vecka). Detta är ungefär samma siffror som i riket där andelarna är 9 procent för kvinnor och 8 procent för män (8 procent totalt).

Alkoholkonsumtion kan också mätas enligt ett index (AUDIT-C) som utgår från tre enkätfrågor om alkoholintaget, detta mått kallas "riskabla alkoholvanor". De

frågor som ingår är hur ofta personen druckit de senaste tolv månaderna, hur många glas som dricks en typisk dag vid alkoholintag samt hur ofta sex glas eller fler dracks vid ett och samma tillfälle.

I Västernorrland har 11 procent av kvinnorna och 15 procent av männen (13 procent totalt) riskabla alkoholvanor vilket är något lägre siffror än för riket. Andelen med riskabla alkoholvanor är ungefär i nivå med mätningen 2018, förutom för männen där en viss minskning skett (från 17 till 15 procent). I jämförelse med 2018 är det också fler idag som helt avstår alkohol bland männen medan denna trend inte syns bland kvinnor. För kvinnor (exklusive de som helt avstår alkohol) har den genomsnittliga veckokonsumtionen ökat med 0,23 standardglas per vecka jämfört med år 2018, detta motsvarar en ökning med nästan tio procent. Den genomsnittliga veckokonsumtionen av alkohol bland de män som dricker idag har dock inte förändrats jämfört med 2018.

Tobaksrökning och e-cigarett

Tobaksrökning och dess hälsokonsekvenser är idag väl kända och inkluderar ökade risker att drabbas av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och vissa cancersjukdomar. Även passiv rökning har visat sig kunna öka risken för exempelvis lungcancer samt hjärt- och kärlsjukdom. Snusningens skadeeffekter är inte helt kartlagt men studier har visat att snuset påverkar blodtrycket och hjärt-kärlsystemet negativt (*Folkhälsomyndigheten, 2022*).

Tobaksrökningen har gått ned stadigt under de senaste årtiondena. Andelen i Västernorrland som röker dagligen är idag 5 procent för både kvinnor och män. År 2018 var denna siffra 6 procent och blickar vi tillbaka till år 2006 var andelen dagligrökare bland kvinnor respektive män 15 och 12 procent.

Användningen av e-cigarett har blivit allt vanligare. Däremot ses ingen ökning totalt sett i befolkningen mellan åren 2018 och 2022. Undantag är åldersgruppen 16 – 29 år där användningen av e-cigarett (dagligen eller ibland) fördubblats, från 4,2 procent år 2018 till 8,8 procent år 2022.

Snus

I Västernorrland anger 22 procent av männen och 10 procent av kvinnorna att de snusar dagligen (antingen tobakssnus eller tobaksfritt snus). Detta är en ökning från 2018 när 19 respektive 7 procent svarade att de snusade dagligen. Enkätfrågor om snus användning från 2022 års enkät skiljer sig från hur de ställdes 2018, varför tolkning av resultaten bör göras med försiktighet¹. Snusning är vanligast bland de yngre (16 – 44 år) där en av fyra anger att de snusar dagligen. I gruppen 65–84 år är motsvarande andel cirka en av tio.

Snusning förekommer i lite högre utsträckning hos både män och kvinnor i Västernorrland i jämförelse med riket. Framför allt tobakssnusningen är vanligare i länet medan den tobaksfria snusningen är lika vanligt förekommande i länet som i riket.

Narkotika

Narkotika skadar människors hälsa och är starkt beroendeframkallande. Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste narkotikan som används runt om i världen och ger långsiktiga negativa effekter hos människan såsom beroendeproblem, försämrad kognitiv funktion och ökad risk för psykiska problem. Både användning och hantering av narkotika är olaglig i Sverige (*Folkhälsomyndigheten, 2022*).

I Västernorrland anger 1,1 procent av kvinnorna och 2,0 procent av männen (1,6 procent totalt) att de använt narkotika under det senaste året. Detta är lägre än i riket där andelarna var 2,1 procent för kvinnor och 3,8 procent för män (2,9 procent totalt).

För enbart cannabis användning är siffrorna 1,0 procent för kvinnor och 1,7 procent för män i länet (1,3 procent totalt) som uppger att de använt hasch eller marijuana det senaste året. Användningen av narkotika sker nästan enbart hos ungdomar och unga vuxna, exempelvis uppger 5,3 procent av 16–29-åringarna i länet att de använt cannabis det senaste året. I åldersgruppen 65–84 år är motsvarande siffra bara 0,1 procent.

Den självrapporterade användningen av narkotika tycks inte ha ökat sedan 2018 utan snarare minskat något bland män, från 2,7 procent till 2,0 procent för de som uppger att de använt narkotika senaste året. För kvinnor är motsvarande siffror i stort sett oförändrade.

¹ Att ändra enkätfrågor, om än bara lite, kan ge utslag på hur respondenter besvarar frågor. Enkätfrågorna om snusning har ändrats från år 2018 till 2022. Tidigare ställdes bara en fråga om snusning ("Snusar du?") men år 2022 ställdes två frågor om snusning: "Använder du snus som innehåller tobak?" samt "Använder du tobaksfritt nikotinsnus?". Siffrorna för år 2022 redovisas därför hopslagna från de två frågorna för att få fram totalsnusning.



Ekonomi och boende

Haft ekonomisk kris

I Hälsa på lika villkor ställs frågor om befolkningens ekonomiska förutsättningar. Att ha hamnat i ekonomisk kris innebär att man svarat ja på frågan om det hänt att man haft svårt att klara löpande utgifter som exempelvis mat, hyra och räkningar under det senaste året. I Västernorrland anger 11 procent av både män och kvinnor att de hamnat i ekonomisk kris, vilket är i nivå med rikets siffror, se figur 3. Sedan mätningen 2018 är andelen som hamnat i ekonomisk kris i stort sett oförändrade. Att ha hamnat i ekonomisk kris är minst vanligt bland äldre och mest vanligt bland yngre och unga vuxna. I åldersgruppen äldre än 64 år uppskattas bara tre procent ha hamnat i ekonomisk kris jämfört med åldersgruppen 16–44 år där motsvarande siffra är 19 procent.

Klarar inte oväntad utgift

Att inte klara av att betala oväntade utgifter är något vanligare bland kvinnor än bland män både i riket och i Västernorrland. I Västernorrland anger 20 procent av kvinnorna och 17 procent av männen (19 procent totalt) att de inte skulle klara av att betala en oväntad utgift på 13 000 kr inom en månad utan att låna eller be om hjälp. Motsvarande siffror för riket var 19 procent för kvinnor och 15 procent bland män. Den yngsta åldersgruppen anger i högre utsträckning jämfört med övriga åldersgrupper att de inte skulle klara en oväntad utgift. I jämförelse

med 2018 har andelen av länets befolkning som inte klarar en oväntad utgift förbättrats något för kvinnor men är i stort sett oförändrad för män. Enkätfrågan om oväntad utgift har dock ändrats sedan 2018 genom att summan för oväntad utgift höjts från 11 000 till 13 000 kr.

Avstått tandvård trots behov

Andelen invånare i länet som de senaste tre månaderna ansett sig vara i behov av tandläkarvård med ändå avstått från att söka vård är 17 procent för män och 15 procent för kvinnor. Detta är ungefär i nivå med 2018 då den totala andelen i befolkningen var 17 procent. Länet uppvisar liknande siffror som för riket.

Den vanligaste orsaken till att avstå tandvård (trots behov) är ekonomiska skäl. Ungefär hälften av de som avstått tandvård svarar att de avstått på grund av ekonomiska skäl. En av fem svarar att de avstått på grund av tandläkarskräck ("drar mig för att gå till tandläkaren").

Arbetsrelaterad oro och sjukfrånvaro

Att känna oro över att förlora sitt arbete är ungefär lika vanligt i länet jämfört med rikssnittet. I Västernorrland anger 9 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de det senaste året känt oro över att förlora sitt arbete (av de som har förvärvsarbete som huvudsakliga sysselsättning). Detta är något färre än 2018 då 11 procent av både kvinnor och män känt oro för att förlora arbetet.

En fråga om sjukfrånvaro under de senaste tolv månaderna ställs också i Hälsa på lika villkor. Av kvinnorna anger 26 procent att de varit borta åtta dagar eller mer från jobbet på grund av dålig hälsa. Motsvarande siffra för män är 16 procent. Sjukfrånvaron har ökat sedan 2018 då siffrorna var 21 procent för kvinnor och 12 procent för män. För de som varit borta från arbete en längre period (fler än 30 dagar) är siffrorna 7,1 procent för kvinnor och 3,7 procent för män vilket också är en ökning sedan 2018.

Ökningen av andelen i befolkningen som varit borta från arbetet på grund av ohälsa har troligen ett samband med Covid 19-pandemin. I en rapport från Försäkringskassan beskrivs pandemins effekter på sjukförsäkringen; en ökning av sjukskrivningar sågs i kontaktyrken, exempelvis yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg samt taxi- och bussförare. Samtidigt minskade sjukskrivningarna för kontorsarbetande yrkesgrupper på grund av ett ökat distansarbetande (*Försäkringskassan, 2022*). Stressrelaterade sjukskrivningar minskade också under pandemiåren 2020–2021 men under hösten 2022 har dock de stressrelaterade sjukskrivningarna ökat igen (*Försäkringskassan, 2022*).

Störd sömn av trafikbuller

Frågor om upplevda besvär och problem på grund av trafikbuller i närheten av ens bostad ingår i Hälsa på lika villkor-enkäten. Att få sömnen störd av trafikbuller är en av Folkhälsomyndighetens kärnindikatorer. Med ”i eller i närheten av din bostad” menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som till exempel på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.

I Västernorrland anger 4,2 procent av männen och 4,6 procent av kvinnorna att de varje vecka eller oftare har svårt att somna och/eller blir väckta av trafikbuller i eller i närheten av ens bostad. År 2018 var motsvarande siffror 3,5 procent för män och 3,2 procent för kvinnor. Riket uppvisar i stort sett samma siffror som i länet. Det är något vanligare att få störd sömn av trafikbuller i den yngre åldersgruppen 16 – 29 år där 5,1 procent svarar att fått störd sömn. I åldersgruppen 65 – 84 år är andelen 3,6 procent.



Sociala relationer

Ensamhet och isolering

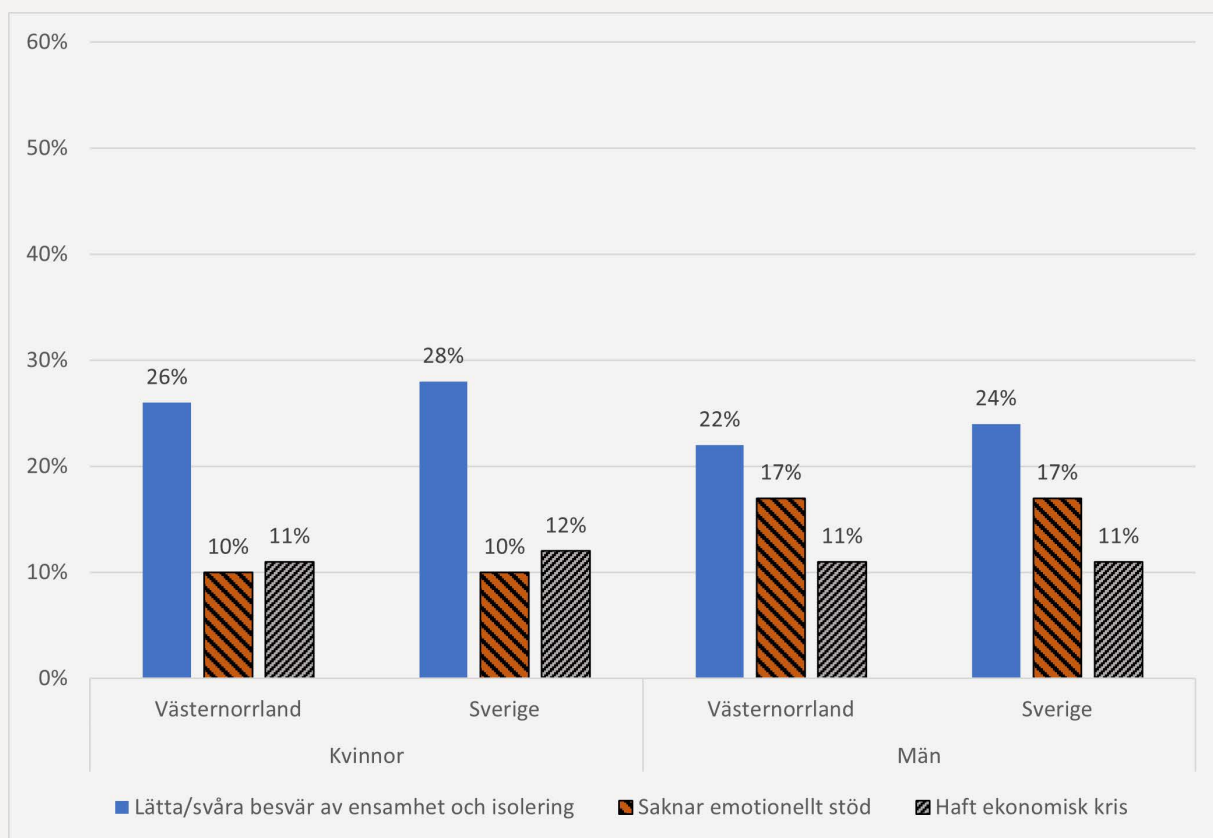
I Hälsa på lika villkor 2022 ställdes en ny fråga om man upplever besvär av ensamhet och isolering. I länet svarade 22 procent av männen och 26 procent av kvinnorna att de upplevde lätta eller svåra besvär av ensamhet och isolering. Detta är något bättre resultat jämfört med riksnittet där motsvarande siffror var 24 procent bland män och 28 procent bland kvinnor, se figur 3. Den yngsta och den äldsta åldersgruppen sticker ut vad gäller ensamhet och isolering; 38 procent av länets 16–29-åringar och 36 procent av länets äldsta (85+) upplever svåra eller lätta besvär av ensamhet och isolering.

Emotionellt stöd

Att inte ha någon att anförtro sig åt är vanligare bland män än bland kvinnor. I Västernorrland anger 17 procent av männen och 10 procent av kvinnorna (14 procent totalt) att de inte har någon att dela sina innersta känslor med eller anförtro sig åt (saknar emotionellt stöd), se figur 3. Länet skiljer sig inte i jämförelse med riksnittet och andelarna är också i stort sett oförändrade sedan 2018.

Hjälp med praktiska problem

De flesta män och kvinnor i länet anger att de ofta eller alltid kan få hjälp av någon/några om de har praktiska problem. Andelen som anger att de inte kan få hjälp om de har praktiska problem är 6 procent bland män och 4 procent bland kvinnor. Länet skiljer sig inte i jämförelse med riksnittet och siffrorna är också i stort sett oförändrade sedan 2018.



Figur 3: Andelen kvinnor och män i Västernorrland och Sverige som uppger lätta eller svåra besvär av ensamhet och isolering, saknar emotionellt stöd, haft ekonomisk kris, ålder 16 år och uppåt, år 2022.

Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

Socialt deltagande

I Hälsa på lika villkor ställs frågan om befolkningens sociala och kulturella deltagande, där socialt deltagande innebär deltagande i exempelvis kurser, bio, teater eller deltagit i diskussioner på internet². Att ha lågt socialt deltagande innebär att ha deltagit i mindre än två sociala aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Sedan mätningen 2018 har andelen med lågt socialt deltagande ökat för både män och kvinnor i länet. För män och har det ökat från 24 procent år 2018 till 36 procent år 2022. För kvinnor ses en ökning från 19 till 35 procent mellan samma år.

Ökningen av andelen i befolkningen som har ett lågt socialt deltagande har troligen ett samband med de restriktioner som infördes under Covid 19-pandemin. Under pandemin minskade de sociala sammankomsterna och aktiviteterna vilket troligen påverkade svaren i 2022 års enkätundersökning.

² Fullständig definition av social aktivitet räknas här som studiecirkel eller kurs på din arbetsplats och fritid, fackföreningsmöte eller annat föreningsmöte, teater eller bio, konstutställning eller museum, religiös sammankomst, sporttillställning, skrivit i blogg eller insändare i tidning eller tidskrift, demonstration av något slag, offentlig tillställning till exempel danstillställning, marknadsbesök eller liknande, större släktsammankomst, privat fest, följt sociala nätverkssajter på internet, skrivit inlägg, deltagit i diskussioner eller spelat med andra på internet.



Trygghet och våld

Tillit till andra

En majoritet av länets befolkning har en hög tillit till andra, det vill säga att de i allmänhet anser sig kunna lita på andra människor. I jämförelse mellan åren 2018 och 2022 har andelen med hög tillit varit i stort sett oförändrad bland män (cirka 74 procent) men har ökat bland kvinnor från 72 till 75 procent. Riket uppvisar något sämre siffror jämfört med länet; 73 procent bland både kvinnor och män. Vid jämförelser mellan länets åldersgrupper visar resultaten att den yngsta gruppen 16–29 år har lägst tillit till andra och den äldsta åldersgruppen har högsts tillit.

Otrygghet utomhus

Att känna sig otrygg och rädd för att vistas utomhus är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. I Västernorrland rapporterar 33 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de ibland eller ofta avstår att gå utomhus av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Detta är bättre än i riket där motsva-

rande andel är 41 respektive 14 procent. Andelen kvinnor som känner sig otrygga utomhus har minskat sedan 2018 då motsvarande andel var 40 procent, medan det för män är i stort sett oförändrat. Den yngsta åldersgruppen 16–29 år rapporterar oftare att de avstår att gå utomhus på grund av rädsla jämfört med övriga åldersgrupper.

Kränkningar

Att bli eller känna sig illa bemött rapporteras oftare av kvinnor än av män. I Västernorrland anger 21 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att det under de senaste tre månaderna har hänt att de blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta. Här ligger Västernorrland ungefär i nivå med hur det ser ut i riket. Andelen som känt sig kränkt har minskat något sedan 2018 då 24 och 16 procent bland kvinnor respektive män uppgav detta. Kränkningar rapporteras oftare bland yngre, där en av tre i åldersgruppen 16–29 år anger att de upplevt kränkningar de senaste tre månaderna.

Utsatt för våld eller hot

När det gäller våldsutsatthet ställs frågor i Hälsa på lika villkor både om fysiskt våld, hot om våld och om var våldet skedde. I Västernorrland svarar 1,4 procent av kvinnorna och 2,1 procent av männen att de blivit utsatta för fysiskt våld under de senaste tolv månaderna. Detta är ungefär i nivå med riket i stort. Andelen som uppger fysisk våldsutsatthet har minskat sedan 2018 då 2,8 procent av kvinnorna och 4,9 procent av männen svarade att de blivit utsatta för fysiskt våld. Det är betydligt vanligare med våldsutsatthet bland yngre där våldsutsatthet det senaste året bland de som är 16–29 år anges av 5,5 procent.

En följdfråga till fysisk våldsutsatthet är var våldet skedde där svarsalternativen är; i hemmet, på arbetet/i skolan, annans bostad/bostadsområde, allmän plats (inklusive kollektivtrafik, allmänna tillställningar) samt annan plats. Resultaten från denna enkätfråga visar att de vanligaste platserna för våldsutsatthet bland kvinnor är annans bostad/bostadsområde (23 procent), arbetet (22 procent), hemmet (20 procent) och allmän plats (17 procent). Detta är en förändring sedan 2018 då den vanligaste platsen var våld i hemmet (29 procent) och våld i annans bostad/bostadsområde hade en lägre andel (13 procent).

Det finns svårigheter att jämföra siffrorna mellan år 2018 och 2022, både när det gäller andelen våldsutsatta och var våldet skedde. Detta för att frågan troligen fångar upp hur utsattheten förändrades under pandemin. Covid 19-pandemin förändrade våra levnadsmönster i den bemärkelsen att fler spenderade mer tid i hemmet (exempelvis för distansarbete som till viss del fortgår idag), mindre tid hemma hos bekanta och mindre tid vid sociala tillställningar.

Brottsstatistiken nationellt visar också ett minskat antal anmälda brott under 2021 jämfört med 2019. Trenden med minskningen har hållit i sig hela året 2021 men det återstår mer uppföljande brottsstatistik för att ge en mer fullständig bild av brottstrenderna (*Brottsförebyggande Rådet, 2021*).

Utsatthet för hot eller hotelser om våld finns även med i Hälsa på lika villkor och precis som andelen våldsutsatta har också andelen som under det senaste året blivit utsatta för hot om våld minskat sedan 2018. För kvinnor var andelen som blivit utsatta för hot 5,6 procent år 2018 och 3,3 procent år 2022. För män var motsvarande andelar 3,9 procent 2018 och 2,9 procent år 2022.



Oro för insjuknande i covid-19

I Hälsa på lika villkor 2022 ställdes två frågor om i vilken utsträckning de svarande känt oro för att de själva eller en närstående ska bli sjuk i covid-19. Vid oro för att själv bli sjuk så svarar 12 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i länet att de känt ganska eller väldigt mycket oro för att själva bli sjuka i covid-19. Riket uppvisar i stort sett samma siffror. Vid frågan om oro för närstående svarar 27 procent av kvinnorna och 20 procent av männen att de varit ganska eller väldigt oroliga att en närstående ska bli allvarligt sjuk i covid-19.

Att känna sig orolig för att själv bli sjuk i covid-19 är vanligast i åldersgrupperna 45 – 64 år och 65 – 84 år där 10 procent respektive 11 procent känt ganska eller väldigt mycket oro för att själva bli sjuka. De som känner minst oro för att själva bli allvarligt sjuka finns i den yngsta åldersgruppen 16 – 29 år (6 procent) samt i den allra äldsta åldersgruppen 85+ år (8 procent).

Det är vanligare att man oroar sig för att en närstående ska bli allvarligt sjuk i covid-19 än att man oroar sig för att själv bli sjuk. Störst oro för sina närstående finns i den yngre åldersgruppen 16 – 29 år samt i åldersgruppen 30 – 44 år där 28 procent respektive 26 procent känt sig ganska eller väldigt oroliga för sina närstående.



Könsidentitet och hälsa

I det här avsnittet beskrivs hälsan kopplat till personer med olika könsidentitet/könsuttryck. Resultaten utgår från enkätfrågan "Är du eller har du varit transperson"? Alla som svarat "ja" definieras här som transperson och de som svarat "nej" definieras som cis-person. Från tidigare undersökningar vet vi att hälsoutfall bland de som identifierar sig som transpersoner tenderar att skilja sig från det som gäller för de som ej identifierar sig som transpersoner (*Folkhälsomyndigheten, 2015*), och nedan lyfts sådant som kan beskrivas från årets undersökning för transpersoner i norra Norrland. Alla resultat i Hälsa på lika villkor redovisas uppdelade utifrån de registerbaserade juridiska könen man och kvinna. I detta avsnitt vill vi synliggöra hälsan hos de personer som själva anger andra könsuttryck eller andra könsidentiteter.

Transperson är ett samlingsbegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön som de registrerades med vid födseln. Ordet "trans" kommer från latin och betyder "förflyttning" eller "överskridande". Trans har ingenting

med sexualitet att göra utan transpersoner kan ha alla olika sexuella läggningar. En cis-person är den som inte är transperson. För cis-personer stämmer ens egen könsidentitet och könsuttryck överens med det kön som registrerades för en vid födseln. Ordet "cis" är latin och betyder "på samma sida". Cis har ingenting med sexualitet att göra utan cis-personer kan ha alla olika sexuella läggningar (*Barnombudsmannen, 2022*) (*RFSU, 2022*).

Från årets undersökning finns ett ganska litet urval av individer som uppger att de är transpersoner, varför det är svårt att dra några större slutsatser om denna grupp i stort. För att få upp antalet respondenter har här därför inkluderats transpersoner från alla de fyra norrlänen (Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten).

Resultaten visar att transpersoner finns över alla utbildningsgrupper och åldersgrupper i befolkningen. Transpersoner finns dessutom jämnt fördelat mellan de juridiska könen. Kort sammanfattat kan sägas att transpersoner är en väldigt heterogen grupp som finns i alla åldrar och

i alla de olika socioekonomiska grupperna i samhället. Utifrån denna enkätundersökning uppskattas det finnas 1400 transpersoner i länet bland dem 16 år och äldre, men mörkertalet är okänt och eventuellt kan det finnas betydligt fler transpersoner i länet.

Det självskattade hälsotillståndet i gruppen är generellt gott, där sex av tio uppger en god hälsa, vilket kan jämföras med knappt sju av tio i befolkningen i stort. Det är dock nästan tre gånger så vanligt med lågt psykiskt välbefinnande hos transpersoner, där lågt psykiskt välbefinnande uppges av drygt en tredjedel av transpersonerna. Liknande tendens ses också när det gäller psykisk påfrestning där denna grupp uppger i dubbelt så hög utsträckning att de är utsatta för måttliga till allvarliga psykiska påfrestningar – 4 av 5 bland transpersoner, jämfört med cirka 2 av 5 bland cis-personer. Tittar vi i stället på allvarlig psykisk påfrestning så uppges detta av en av fyra, att jämföra med en av tolv bland cis-personer. Detta avspeglar sig också i andelen som fått en depressionsdiagnos, där detta är två till tre gånger vanligare bland transpersoner; drygt fyra av tio uppger att de fått en sådan diagnos någon gång i livet.

Vad gäller utsatthet för kränkningar är det också nästan tre gånger så vanligt förekommande bland transpersoner som för övriga, där nästan hälften uppger detta. När det kommer till frågor om otrygghet utomhus, det vill säga om huruvida de brukar avstå från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat

sätt ofredad; här uppger drygt en av tre att de ibland eller ofta avstår från att gå ut ensam på grund av rädsla, vilket även här är dubbelt så vanligt jämfört med övriga befolkningen. Ensamhet och isolering är något transpersoner uppger i hög utsträckning att de har besvär av – fyra av tio, att jämföra med en av fyra bland cis-personer. Räkna vi enbart svåra besvär av ensamhet är detta mer än fyra gånger vanligare bland transpersoner jämfört med cis-personer.

Snusning, rökning och grad av aktivitetsnivå skiljer sig inte nämnvärt i denna grupp jämfört med övriga, däremot är ohälsosamma matvanor något vanligare bland transpersoner. Detta till trots är övervikt och fetma mindre vanligt förekommande; fyra av tio är överviktiga, jämfört med sex av tio bland cis-personer.

Kort sammanfattat kan sägas att transpersoner är en väldigt heterogen grupp som finns i alla åldrar och i alla de olika socioekonomiska grupperna i samhället. Små till måttliga skillnader i levnadsvanor kan observeras bland transpersoner men den psykiska hälsan skiljer sig dock markant jämfört med den psykiska hälsan hos cis-personer.

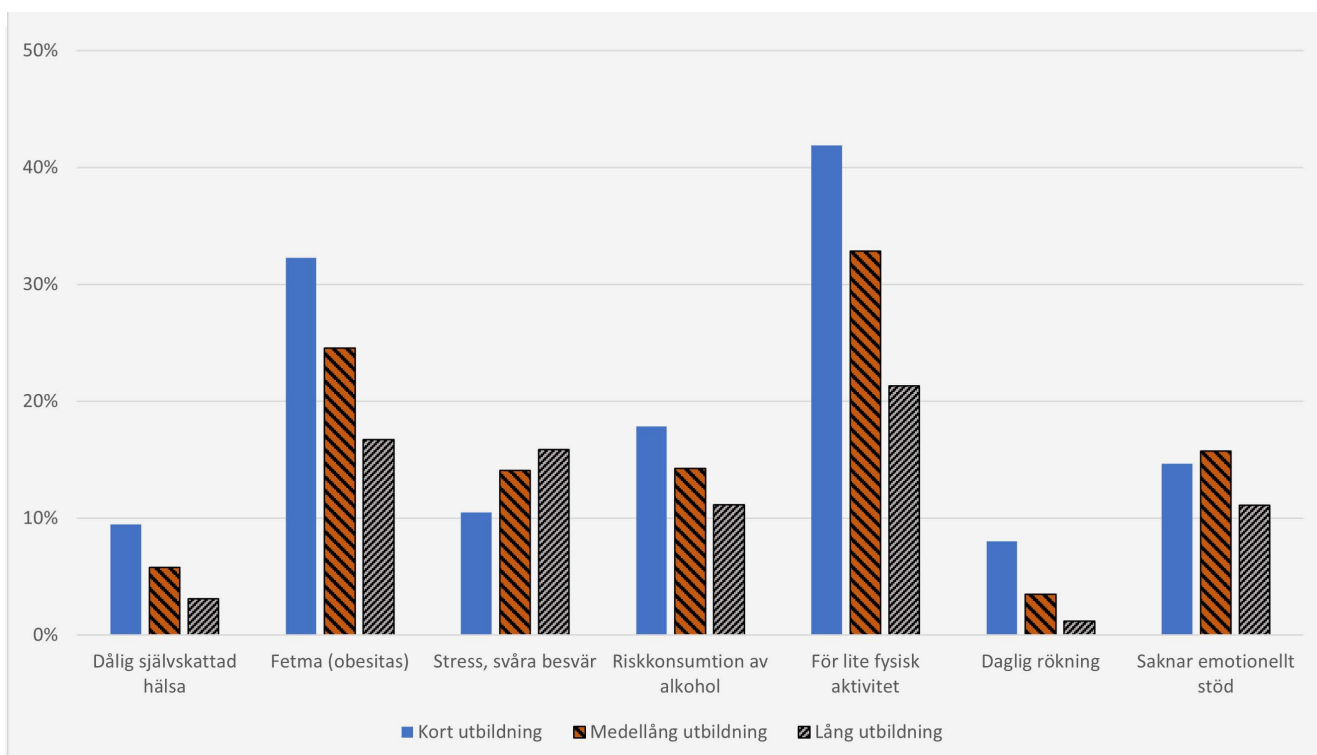
Socioekonomiska skillnader i hälsa

Det är väl känt att hälsan fördelar sig ojämnt mellan olika socioekonomiska grupper, och här redovisas hur hälsan ser ut bland personer med olika utbildningsbakgrund i Västernorrlands län. För att kunna redovisa detta på ett bra sätt avgränsas denna sektion till de som är mellan 25 och 64 år³. Utbildningsbakgrund kan definieras och redovisas på många olika sätt. För den statistik som redovisas här valdes definitionen av utbildningsbakgrund enligt det Folkhälsomyndigheten redovisar i faktabladet "Utbildningsnivå och hälsa – Hur hänger de ihop?" (Folkhälsomyndigheten, 2015). Nedan listas definitionerna över de olika utbildningsgrupperna:

- **Kort utbildning:** förgymnasial utbildning (grundskola) samt gymnasieutbildning kortare än tre år.
- **Medellång utbildning:** treårig gymnasieutbildning eller högskoleutbildning kortare än tre år.
- **Lång utbildning:** högskoleutbildning tre år eller längre.

Generellt uppvisar de med kortare utbildning en högre andel med olika besvär, ohälsa eller ohälsosamma levnadsvanor. Ofta kan en tydlig trappeffekt urskiljas mellan de olika utbildningsgrupperna där ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor ökar succesivt med en kortare utbildningslängd.

Figur 4 visar andelen i länets befolkning med olika hälsotillstånd och levnadsvanor uppdelat på utbildningslängd. Andel med dålig självskattad hälsa bland dem med kort utbildning är cirka 10 procent medan denna andel är under fem procent bland dem med lång utbildning. Fetma är ungefär dubbelt så vanligt bland de med kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning. Vad gäller svåra besvär av stress gäller dock det omvända förhållandet, dvs att de med lång utbildning i något högre utsträckning upplever besvär av stress. Riskkonsumtion av alkohol är nästan dubbelt så vanligt förekommande bland de med kort utbildning jämfört med de som har lång utbildning, och samma kan sägas om andelen med låg fysisk aktivitet. Andelen som röker dagligen är nästan sju



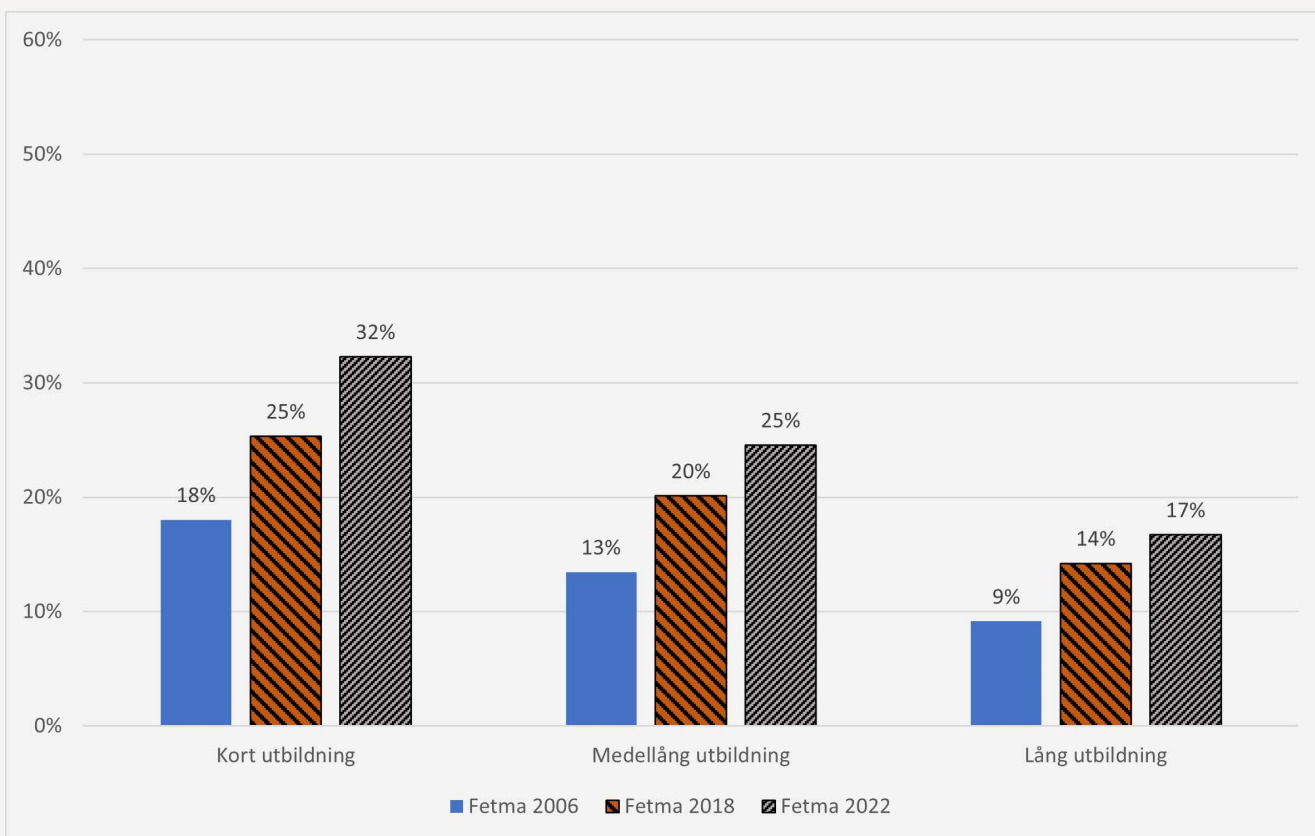
Figur 4: Andelen med olika hälsotillstånd och levnadsvanor i Västernorrland uppdelat på utbildningslängd, ålder 25 - 64 år, år 2022. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

³ De som är till exempel 17 år kan i princip inte ha en universitetsutbildning och bland de äldre personerna domineras av dem med förgymnasial utbildning eftersom detta var mycket vanligare förr. På grund av detta avgränsas åldersgruppen här till de som är mellan 25 och 64 år gamla.

gånger högre bland lågutbildade jämfört med högutbildade. Andelen i respektive grupp som saknar emotionellt stöd verkar inte på samma sätt som de andra faktorerna bero på utbildningsnivå, dock kan även här urskiljas att de med lång utbildning i lägre utsträckning saknar emotionellt stöd.

Dessa samband mellan olika mått på hälsa/ohälsa bland personer med olika utbildningslängd gäller i princip för alla hälsoparametrar. Generellt är det lätt att dra slutsatsen att exempelvis lågutbildade har högre BMI för att de motionerar mindre (vilket delvis stämmer), men skillnader i BMI mellan olika utbildningsgrupper står sig även efter att det kontrolleras för fysisk aktivitet och inaktivitet (stillasittande).

Andelen i befolkningen som har övervikt eller fetma har ökat under de senaste årtiondena både i länet och i Sverige i stort. Vad gäller utvecklingen över tid avseende fetma ses samma mönster inom de olika utbildningsgrupperna. Andelen med fetma är betydligt vanligare bland dem med kort utbildning, men andelen med fetma har nästan fördubblats i alla tre utbildningsgrupper från år 2006 till år 2022, se figur 5. Andelen med fetma bland personer med kort utbildning var år 2006 ungefär 18 procent och år 2022 hade detta ökat till 32 procent. För de med lång utbildning har andelarna ökat från nio till 17 procent.



Figur 5: Andelen med fetma (obesitas) åren 2006, 2018 och 2022 uppdelat på utbildningslängd, ålder 25 - 64 år. Källa: *Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2006, 2018, 2022.*



Ungdomar och unga vuxna (16–29 år)

I åldersgruppen 16 – 29 år finns den högsta andelen med god hälsa, nästan åtta av tio anger att de har bra eller mycket bra hälsa. I denna åldersgrupp har få drabbats av de mer ålders- och livsstilsrelaterade sjukdomarna såsom högt blodtryck, diabetes (typ 2) eller värk och besvär av olika slag. Däremot finns en relativt hög andel med fetma. I jämförelse med riket har 16 – 29-åringar i Västernorrland nästan dubbelt så hög andel med fetma jämfört med riket (13 procent i Västernorrland och 7 procent i riket).

När det gäller psykiskt mående och stress så är åldersgruppen 16 – 29 år den som är mest drabbad i jämförelse med andra åldersgrupper. Hälften av alla i denna åldersgrupp anger att de har lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, en av fyra har ett lågt psykiskt välbefinnande och ungefär en av fyra känner sig ganska eller väldigt stressade, se figur 6. Även om dessa problem är utbredd i denna åldersgrupp så är det vanligare att de anger att besvären är lätta och inte svåra. Depression är lika vanligt i denna åldersgrupp som för andra åldersgrupper (förutom för de äldsta där depression är minst vanligt).

Tobaksrökningen har minskat successivt sedan många år tillbaka för länets 16 – 29 åringar. Däremot finns i denna åldersgrupp de mest frekventa användarna av tobaksfritt snus och e-cigarett i jämförelse med andra åldersgrupper. Användandet av e-cigarett i åldersgruppen 16 – 29 år har fördubblats mellan åren 2018 och 2022. I denna åldersgrupp finns också de flesta användarna av narkotika, 5,3 procent av 16–29-åringarna i länet uppger att de använt cannabis det senaste året, vilket är betydligt högre än snittet för länet på 1,3 procent.

När det gäller matvanor är den yngsta åldersgruppen, i jämförelse med andra, bättre på att äta grönsaker och rotsaker regelbundet men sämre när det gäller intaget av frukt och bär. Dessutom är denna grupp de största konsumenterna av sötade drycker där drygt sex av tio anger att de dricker läsk eller saft 2–3 gånger i veckan eller oftare. Intaget av osötade drycker är inte med i denna frågeställning och skulle troligtvis höja denna andel betydligt. När det gäller motionsvanor så är 16 – 29-åringarna den grupp med den högsta andelen stillasittande i jämförelse

med övriga åldersgrupper, samtidigt är de också den grupp som i högst utsträckning ägnar sig åt tillräcklig fysisk aktivitet. Denna grupp tränar alltså regelbundet men sitter stilla en stor del av den övriga tiden.

När det gäller sociala relationer och trygghet utmärker sig 16 – 29 åringarna genom att vara den åldersgrupp där högst andel anger att de upplever besvär av ensamhet och att de oftare saknar emotionellt stöd (någon att anförtro sig åt). Dessutom känner de i högre utsträckning jämfört med andra åldersgrupper att de i allmänhet inte kan lita på andra människor (låg tillit). Åldersgruppen är i jämförelse med övriga åldersgrupper också den grupp som drabbats mest av fysiskt våld, hot om våld och kränkningar.

Hälsan och levnadsvanorna hos 16–29-åringarna har förändrats i vissa avseenden när det jämförs med HLV-undersökningar längre bak i tiden. Exempelvis har tobaksrökningen och alkoholkonsumtionen minskat medan ångestrelaterade besvär och stress har ökat. Exempelvis har andelen som anger att de har svåra besvär av ångslan, oro och ångest mer än fördubblats i jämförelse med år 2006. När det gäller alkohol är det en högre andel idag som dricker mindre mängd när de väl dricker, exempelvis anger 39 procent idag att de vanligtvis dricker fem glas eller mer en typisk dag de dricker alkohol, år 2006 var denna andel 56 procent. Det är också fler idag jämfört med 2006 som anger att de aldrig dricker alkohol.

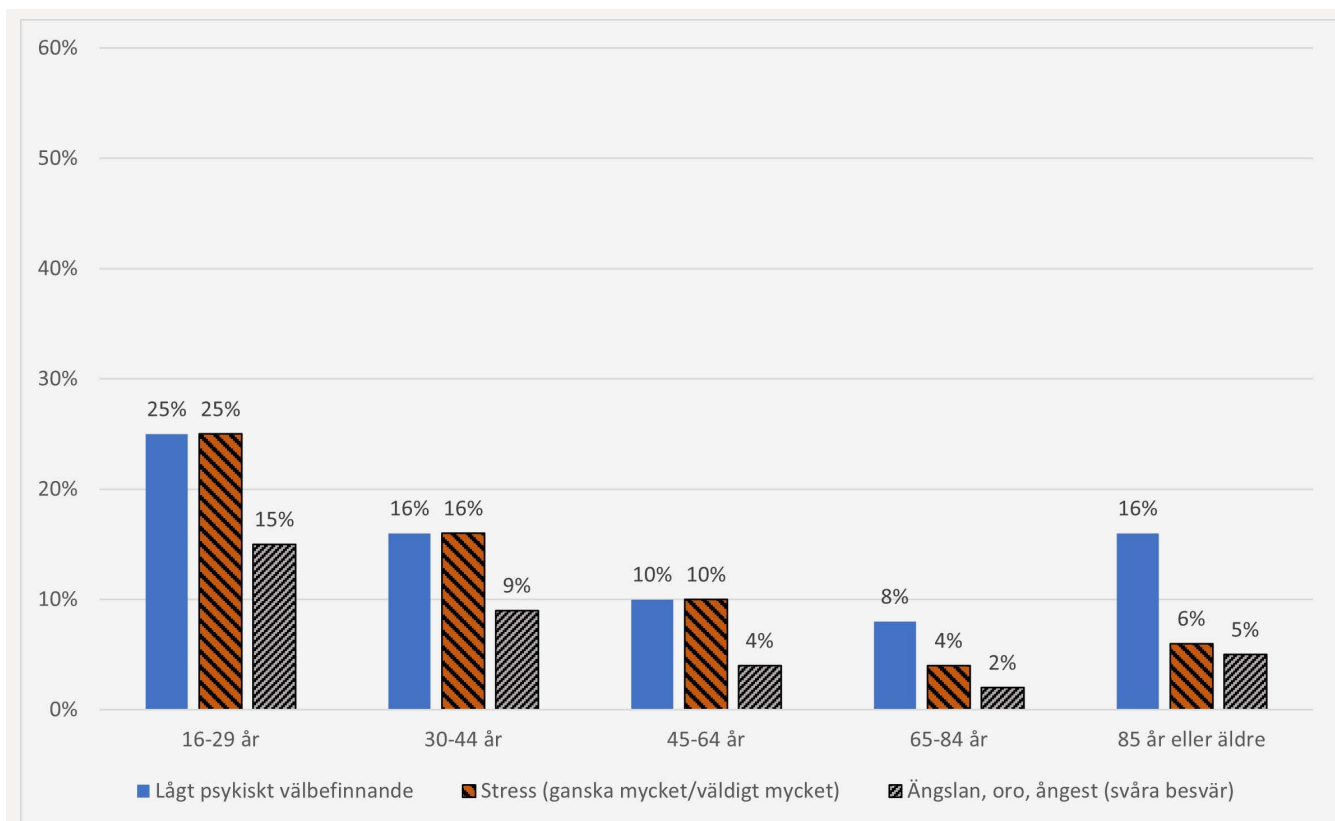
I jämförelse med år 2006 har också andelen som anger att de blivit utsatta kränkningar ökat. Men andelen som anger att de blivit utsatta för hot om våld samt faktiskt fysiskt våld har snarare minskat något. Huruvida detta är en generell trend är för tidigt att spekulera i med tanke på att många människor har vistats i offentliga miljöer i lägre utsträckning de senaste åren på grund av pandemin. Det är fler idag som anger att de saknar emotionellt stöd (någon att anförtro sig åt) bland 16–29-åringarna jämfört med förut. År 2006 var det 12 procent som inte kände att de hade någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt, år 2022 var motsvarande siffra 20 procent. Tyvärr har också andelen som någon gång allvarligt övervägt att ta sitt liv ökat något sedan år 2006.

Vuxna (30–64 år)

Här sammanfattas hälsoläget för åldersgrupperna 30 – 44 år samt 45 – 64 år. Hälsan i åldersgruppen 30 – 44 år är generellt sett god och här finns lika hög andel med god självskattad hälsa som i den yngsta åldersgruppen (76 procent har god/mycket god hälsa). I jämförelse med de yngre har denna åldersgrupp däremot en lite högre andel som fått diabetes, högt blodtryck samt olika typer av värk och besvär. Övervikt och fetma har blivit allt vanligare och drygt hälften av alla i åldersgruppen 30 – 44 år har övervikt och nästan en av fyra har fetma. I likhet med den yngsta åldersgruppen (16 – 29 år) har åldersgruppen 30 – 44 år större problem med stress, sömn och psykiskt mående i jämförelse med de äldre åldersgrupperna, se figur 6. De har också den högsta andelen jämfört med andra åldersgrupper som anger att de någon gång fått

diagnosen depression, där nästan en av fyra anger detta. När det gäller levnadsvanorna utmärker sig åldersgruppen 30 – 44 år i den bemärkelsen att de snusar mest men röker minst, 22 procent snusar dagligen och 3 procent röker dagligen.

Fetma och övervikt är som allra mest vanligt i åldersgruppen 45 – 64 år där 70 procent har övervikt, varav 27 procent med fetma. I denna åldersgrupp har även andelen som fått diabetes och högt blodtryck ökat och något färre anger att de har en god hälsa jämfört med de yngre åldersgrupperna. Däremot har åldersgruppen generellt sett bättre psykisk hälsa och lägre nivå av stress jämfört med de yngre åldersgrupperna.



Figur 6: Andelen med lågt psykiskt välbefinnande, ganska mycket eller väldigt mycket stress, svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, uppdelat på åldersgrupper, ålder 16 år och uppåt, år 2022.

Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.



Äldre (65+ år)

De äldre i rapporten delas in i två grupper, 65 till 84 år samt de som är äldre än 84 år. På det stora hela är åldersgruppen 65 – 84 år den grupp som har den bästa psykiska hälsan och de bästa levnadsvanorna i jämförelse med de yngre åldersgrupperna. De har lägst andel som känner sig stressade, högst andel med gott psykiskt välbefinnande och få har besvär av ångslan, oro eller ångest (se figur 6). Däremot har åldersgruppen 65 – 84 år i högre utsträckning, jämfört med de yngre, besvär av högt blodtryck och diabetes samt en lägre andel som skattar sin hälsa som god. Detta kan delvis ses som en åldersrelaterad hälso-utveckling eftersom fler har drabbats av olika sjukdomar eller besvär i takt med en stigande ålder. I jämförelse med rikssnittet har dock länets 65–84 åringar en högre andel med högt blodtryck samt övervikt och fetma. Men de har också mindre besvär av ångslan och oro och känner något mindre stress i jämförelse med samma åldersgrupp i riket.

När det gäller levnadsvanorna har gruppen 65 – 84 år den högsta andelen som röker dagligen (7 procent) och den högsta andelen som anger att de rökt tidigare; en av tre i denna åldersgrupp anger att de tidigare har rökt. När det

gäller ekonomiska förutsättningar och sociala relationer har 65 – 84-åringarna i jämförelse med de yngre åldersgrupperna fler som skulle klara en oväntad utgift och färre som haft ekonomiska problem senaste året. De har också en något högre andel som känner att de har någon att prata med och anförto sig åt jämfört med de yngre åldersgrupperna.

Om vi blickar bakåt i tiden så har hälsan och levnadsvanorna bland äldre på många sätt förbättrats. I Hälsa på lika villkor-enkäten år 2006 svarade 50 procent i denna åldersgrupp att de hade en god eller mycket god hälsa. Idag är denna andel betydligt högre – 59 procent. Bland levnadsvanorna har rökningen gått ned i denna åldersgrupp (från 10 procent till 7 procent), men samtidigt har alkoholkonsumtionen ökat. En högre andel bland äldre dricker både oftare och mer idag jämfört med förut. När det gäller psykisk hälsa så har det precis som i övriga åldersgrupper skett en utveckling med fler som har besvär av ångslan, oro eller ångest, så även bland 65–84-åringarna. Men stressbesvären har inte ökat för 65–84-åringarna på samma sätt som i de yngre åldersgrupperna.

De äldsta (85+)

För första gången finns svar från åldersgruppen 85 år och uppåt. I den här åldersgruppen finns av naturliga (åldersrelaterade) skäl en högre andel med olika sjukdomstillstånd och en lägre andel med god självskattad hälsa. Fyra av tio skattar sin hälsa som god eller mycket god, en av fem har diabetes och två av tre har högt blodtryck. I denna åldersgrupp finns också högst andel med sömnsvårigheter. När det gäller levnadsvanorna finns i den äldsta åldersgruppen högst andel som aldrig dricker alkohol (cirka hälften uppger att de ej konsumerar alkohol) och lägst andel som röker. Åldersgruppen har färre som är fysiskt aktiva och fler som är stillasittande jämfört med de andra åldersgrupperna.

I den äldsta åldersgruppen finns högst andel av alla åldersgrupper som har hög tillit till andra, det vill säga anser att de i allmänhet kan lita på andra människor. De har också högst andel av alla åldersgrupper som anger att de kan få hjälp av någon om de är sjuka eller har praktiska problem. Däremot har de, tillsammans med den yngsta åldersgruppen, den högsta andelen som upplever besvär av ensamhet eller isolering. När det gäller den psykiska hälsan finns lite blandade resultat, där en relativt hög andel anger att de har ett gott psykiskt välbefinnande (dryga åtta av tio) men samtidigt har fyra av tio besvär av ängslan, oro eller ångest.

Fördjupade analyser

Funktionsnedsättningar och hälsa

Hälsan hos personer med funktionsnedsättningar är en intressant aspekt att lyfta ur ett jämlikhetsperspektiv. I första hand beskrivs andelen personer med funktionsnedsättningar i befolkningen i länet, därefter beskrivs hälsan i denna grupp. Vid beskrivning av hälsan i denna grupp redovisas ålderskorrigerade estimat – detta eftersom exempelvis motoriska nedsättningar samt syn- och hörselnedsättningar i högre grad drabbar äldre, och skulle vi rakt av redovisa dem med funktionsnedsättningar jämfört med dem utan blir det i mångt och mycket en jämförelse mellan äldre och yngre personer.

Hur funktionshinder ska definieras är lite snårigt och det finns alltid bättre sätt att definiera det, men för enkelhets skull definierar Folkhälsomyndigheten i HLV funktionsnedsättning på två olika sätt, enligt beskrivning nedan.

- i. Kan ej gå i trappor utan besvär eller kan ej gå en femminuterspromenad i rask takt eller behöver hjälpmedel för att förflytta sig utomhus.
- ii. Samma som ovan samt synnedsättning och/eller hörselnedsättning vilka innebär svårigheter att läsa samt svårigheter att höra, trots användande av glasögon respektive hörapparat.

Utbredningen av funktionsnedsättning bland länets befolkning skiljer sig inte nämnvärt mellan könen. Andelen i länet med funktionsnedsättning exklusive syn- och hörselnedsättning (i) är cirka tio procent, och räknar vi med dem med syn- och hörselnedsättning (ii) utgör de 22 procent av befolkningen 16 år och äldre. Tabell 1 visar andelen med funktionsnedsättning i olika grupper, uppdelat på kön. Det finns ett klart samband mellan ålder

		Funktionsnedsättning inkl. hörsel- och synnedsättning	Funktionsnedsättning exkl. hörsel- och synnedsättning
16 – 29 år	Män	13 %	6 %
	Kvinnor	17 %	5 %
30 – 44 år	Män	19 %	6 %
	Kvinnor	16 %	7 %
45 – 64 år	Män	21 %	8 %
	Kvinnor	23 %	11 %
65 – 84 år	Män	28 %	13 %
	Kvinnor	26 %	12 %
85 år eller äldre	Män	42 %	27 %
	Kvinnor	46 %	26 %

Tabell 1: Andel med funktionsnedsättning i olika åldersgrupper, uppdelat på kön, Västernorrlands län.

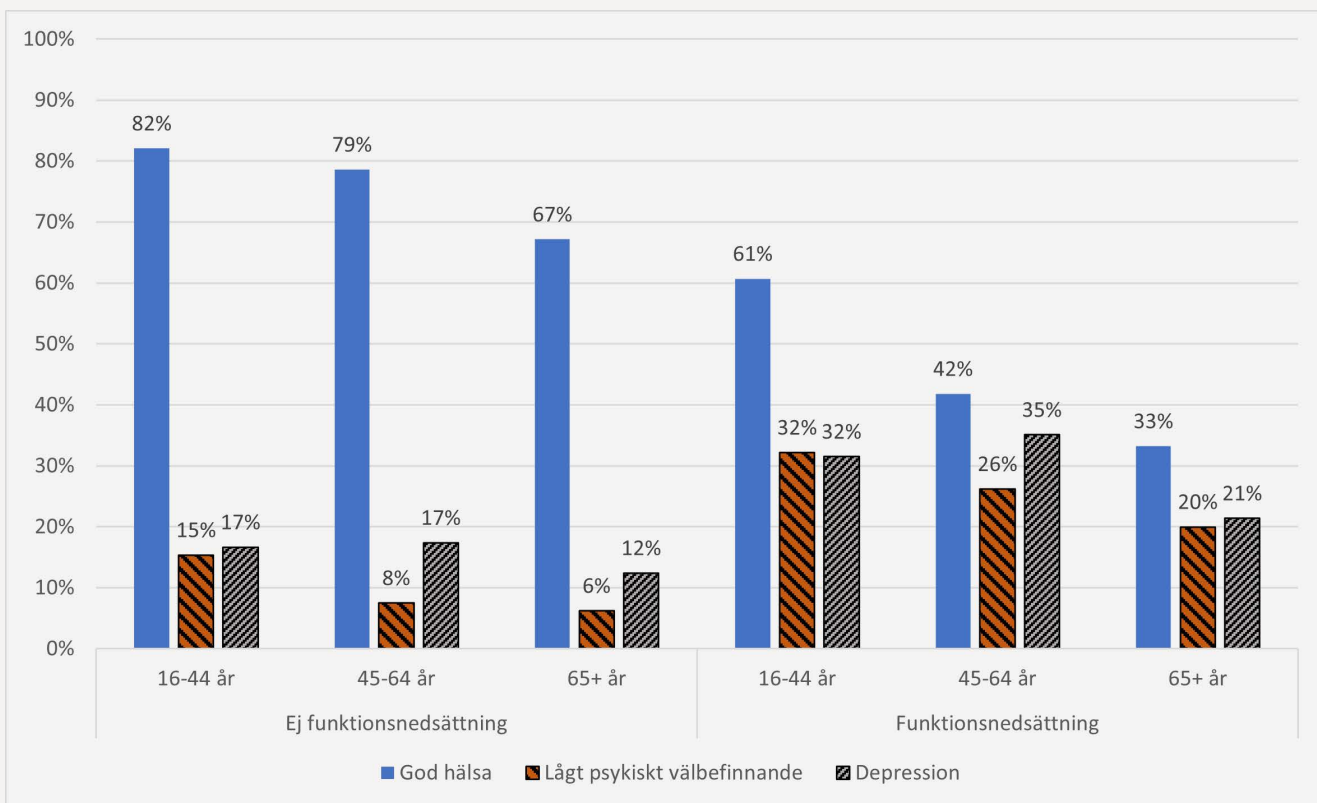
Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

och funktionsnedsättning där vi ser att andelen med funktionsnedsättning ökar med ökad ålder, där nästan hälften av dem 85 år och äldre har en funktionsnedsättning enligt (ii) och en fjärdedel enligt (i), att jämföra med cirka 15 och fem procent bland dem i åldrarna 16 till 29 år.

Hur personer med funktionsnedsättning mår skiljer sig markant från dem utan funktionsnedsättning, och detta gäller över alla åldersgrupper. Figur 7 visar jämförelser mellan personer i olika åldrar med och utan funktionsnedsättning över självskattad hälsa, lågt psykiskt välbefinnande och depression. Bland personer 16 till 44 år uppger cirka 80 procent av de som ej har en funktionsnedsättning att de har bra hälsa, medan ungefär 60 procent uppger detta bland de som har en funktionsnedsättning. Bland de äldre åldersgrupperna är det ungefär dubbelt så vanligt med god självskattad hälsa bland de som ej har någon funktionsnedsättning. Lågt psykiskt välbefinnande är likaså ungefär dubbelt så vanligt hos personer med funktionsnedsättning bland 16 till 44-åringarna, medan det är tre gånger så vanligt bland de som är äldre än 44.

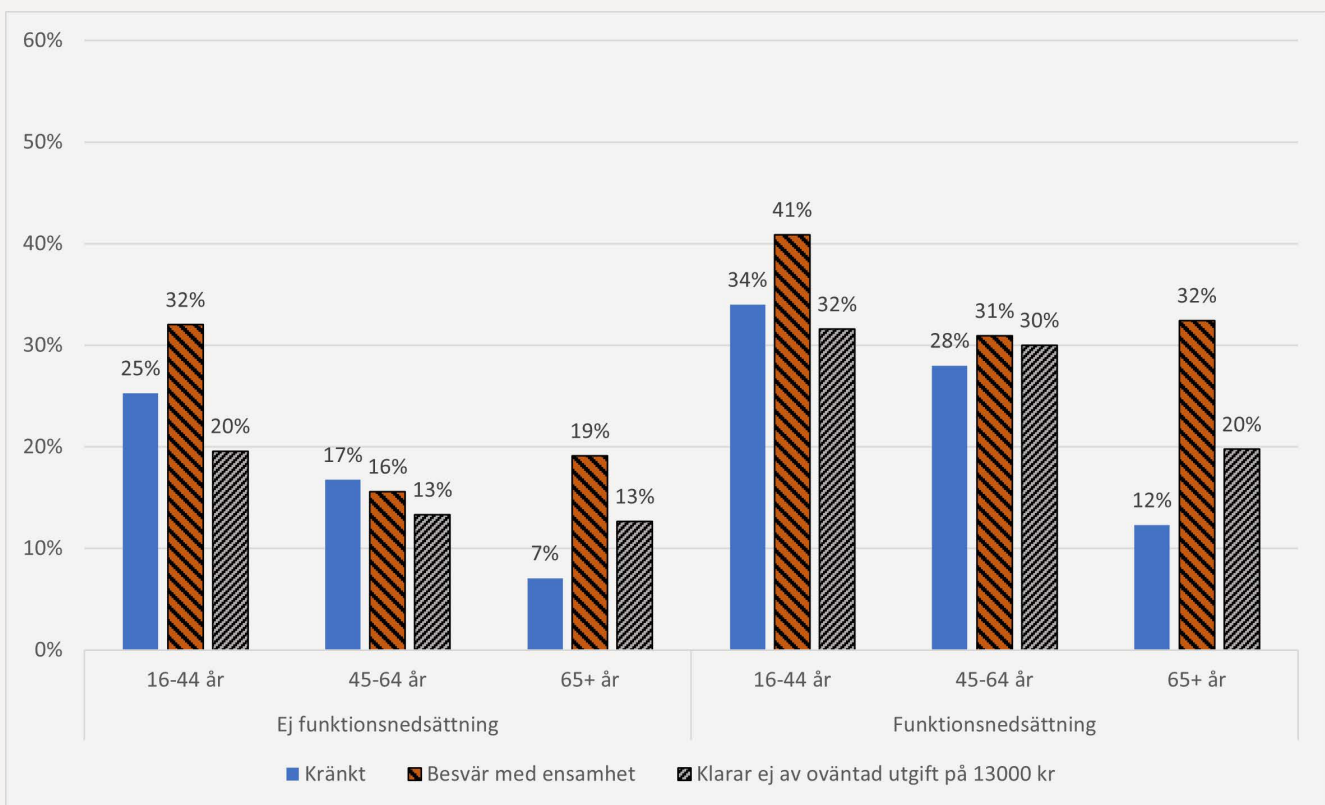
Andel som fått depressionsdiagnos någon gång i livet är också mycket vanligare bland dem med funktionsnedsättning, vilket även här är förekommande i ungefär dubbelt så hög utsträckning jämfört med övriga.

När det kommer till levnadsvanor ses inga större skillnader mellan de som har funktionsnedsättning jämfört med dem utan funktionsnedsättning. Vad gäller riskabla alkoholvanor, rökning och snusning är utbredningen ungefär lika hos denna grupp som det är hos befolkningen i övrigt; däremot är det något vanligare att de är mindre fysiskt aktiva. Figur 8 visar att andelen som blivit utsatta för kränkningar, har besvär med ensamhet eller inte klarar en oväntad utgift på 13 000 kr är betydligt vanligare bland de som har en funktionsnedsättning. I åldersgruppen 16–44 år bland personer med funktionsnedsättning svarar fyra av tio att de har besvär med ensamhet och nästan 35 procent har blivit utsatta för kränkningar. Ekonomiska problem som att inte klara större oväntade utgifter är betydligt vanligare bland dessa jämfört med personer utan funktionsnedsättningar.



Figur 7: Andel med god självskattad hälsa, lågt psykiskt välbefinnande och depressionsdiagnos någon gång i livet, uppdelat på åldersgrupper och med eller utan funktionsnedsättning, ålder 16 år och uppåt, år 2022.

Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.



Figur 8: Andel som anger att de blivit kränkta, har besvär med ensamhet eller inte klarar en oväntad utgift på 13 000 kr, uppdelat på åldersgrupper och med eller utan funktionsnedsättning, ålder 16 år och uppåt, år 2022.
 Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

Tendensen att de med funktionsnedsättning generellt mår sämre än övriga är något som bör belysas. Men trots denna bild kan vi också konstatera att det uppskattas finnas drygt 4 000 personer med funktionsnedsättning i Västernorrland som har ett mycket gott psykiskt välbefinnande – alltså den bästa klassificeringen enligt Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale som används i enkätundersökningen.

Kommuneffekt

Varför har befolkningen i en viss kommun i genomsnitt bättre eller sämre hälsa än befolkningen i en annan kommun? Är det en effekt av kommunen i sig eller en effekt av människorna som bor där, det vill säga befolkningsfördelningen? I denna fördjupning ämnar vi närma oss svaret på detta. Först definieras frågeställningen och tre möjliga förklaringar till varför hälsan skiljer sig åt mellan olika geografiska områden. Därefter introduceras den teoretiska modell som används för att kunna närma oss ett yttrande gällande svaren på de frågor som lyfts. Med andra ord: hur kommer det sig att hälsan fördelar sig ojämnt i länet? Beror det på kommunerna, individerna eller en kombination av dessa?

Frågeställningen som ämnas undersökas lyder: hade en viss person haft en annan hälsostatus om denne själv, i ett parallellt universum, hade bott i en annan kommun? Frågan är definitionen av kommuneffekt – givet allt annat lika, påverkar kommuntillhörighet hälsan?

Det finns tre möjliga förklaringar till varför hälsan skiljer sig mellan olika kommuner⁴: (1) hälsan skiljer sig åt mellan olika geografiska områden eftersom områdena erbjuder ojämliga möjligheter till hälsa, (2) hälsan skiljer sig mellan geografiska områden på grund av att befolkningsammansättningen ser olika ut i de olika områdena, (3) hälsan skiljer sig mellan olika geografiska områden på grund av både (1) och (2). Det tredje alternativet förefaller vara det mest sannolika, det vill säga en kombination av karakteristikan (ålder, utbildning med mera) hos människorna som bor där och kommunens inverkan på hälsan (närhet till vård, en miljö som främjar god hälsa m.m.).

Tillvägagångssättet som används i detta avsnitt tar avstamp i regressionsanalys som är ett vanligt statistiskt förfarande när samband undersöks. För att undersöka

huruvida det verkar finnas en faktisk kommuneffekt kommer en modellansats att användas där självskattad hälsa modelleras som beroende variabel mot ett antal oberoende variabler. För att kunna ta oss an frågan kommer två sammanfattande mått att redovisas; det ena är en modellbaserad hälsofördelning över länets kommuner och den andra baseras på hur individers kommuntillhörighet bidrar till att förklara variationen i självskattad hälsa. Det sistnämnda brukar benämnas förklaringsgrad vilket är ett mått på hur stor del av variationen i en beroende variabel som kan förklaras av variationen i en eller flera oberoende variabler.

Analys – Självskattad hälsa

Tabell 2 visar andelen med god eller mycket god självskattad hälsa i länets kommuner. Vad som är uppenbart är att det skiljer sig en del mellan kommunerna. För att få en uppskattning av just spridningen i hälsa mellan de olika kommunerna kan differensen mellan genomsnittet i länet och den kommun vars invånare skiljer sig mest från detta genomsnitt beräknas; och denna differens är, i absoluta mått, 6,3 procentenheter. Genomsnittet för länet är 67,8 procent.

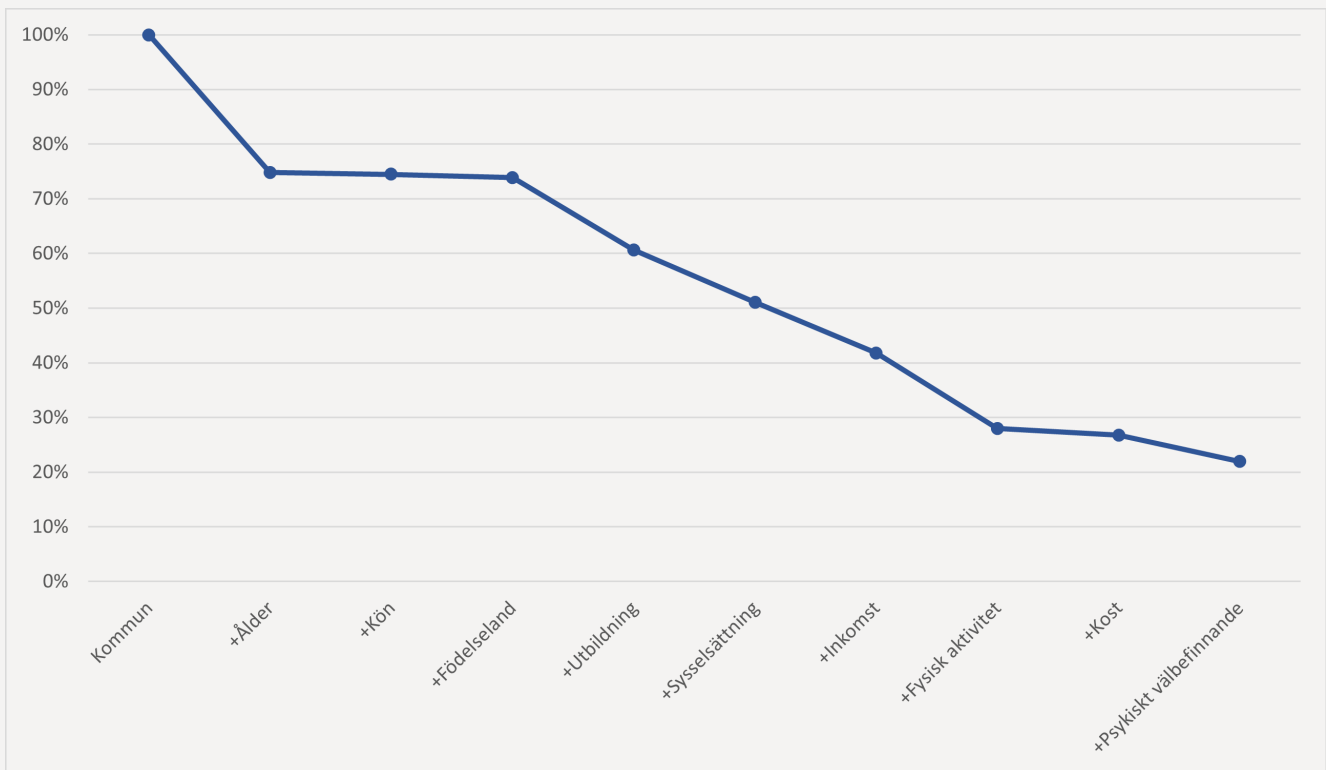
Ovanstående är en rent deskriptiv beskrivning över den självskattade hälsan i länets kommuner, det vill säga utan att vi har kontrollerat för ålder, utbildningsnivå, fysisk aktivitet mm. Det skulle kunna vara så att vissa kommuner har invånare som är äldre, motionerar mindre och/eller har sämre matvanor och att detta är anledningen till att hälsan skattas som något sämre snarare än att det är kommunen i sig som drar ned befolkningens hälsa; och dessa faktorer är vad som närmast försöks ta hänsyn till.

Kommun	Härnösand	Kramfors	Sollefteå	Sundsvall	Timrå	Ånge	Örnsköldsvik
Andel	64,3	66,6	61,8	70,1	64,5	61,5	69,9

Tabell 2: Andel (i procent) i respektive kommun med god självskattad hälsa, Västernorrlands län, åldrar 16 år och uppåt. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

4 "Kommuner" och "geografiska områden" används synonymt härnäst.

Avtrappning i kommuneffekt



Figur 9: Avtrappning i kommuneffekt när hänsyn tas till fler och fler förklarande variabler. Källa: Region Västernorrland, *Hälsa på lika villkor 2022*.

I figur 9 redovisas hur den skattade förklaringsgraden för kommundeltagelse minskar för varje ny variabel som introduceras i modellen. Det som redovisas är således hur mycket mindre effekt kommundeltagelse har på hälsan när hänsyn tas till fler variabler än bara kommundeltagelse. Varje punkt i diagrammet är kvoten (omvandlat till procent) mellan den partiella förklaringsgraden för kommundeltagelse (modeller där fler än bara kommundeltagelse ingår i modellen) och den bivariata förklaringsgraden för kommundeltagelse (modellen där enbart kommundeltagelse ingår som förklarande variabel). Kommun som förklarande variabel är statistiskt signifikant för de modeller där det kontrolleras för ålder, kön, födelseland, utbildning, sysselsättning samt inkomst; adderas någon av de tre sista variablerna är kommundeltagelse dock inte signifikant som förklarande variabel för hälsan.

Kommuneffekten minskar för varje ny förklarande variabel som adderas till modellen. Bara genom att ta hänsyn till ålder minskar kommunens förklaringsgrad med drygt 25 procent. Detta innebär att olika åldersfördelning bland

länets kommuner bidrar till att förklara cirka en fjärdedel av den kommuneffekt som ses när hälsan redovisas deskriptivt, dvs utan att ta hänsyn till ålder eller andra variabler. Bara genom att ta hänsyn till att olika kommuner har olika åldersfördelning bland sina invånare ges alltså en delförklaring på frågan "varför skiljer sig hälsan åt mellan olika kommuner?".

När fler förklarande variabler adderas kommer vi ned till drygt 20 procent, det vill säga en minskning av kommunens förklaringsgrad med nästan 80 procent. Detta kan tolkas som att om alla kommuner i länet hade haft samma fördelning vad gäller ålder, utbildning, fysisk aktivitet osv hade skillnaderna i självskattad hälsa minskat med ungefär fyra femtedelar mellan de olika kommunerna. Se tabell nedan för ett annat sätt redovisa resultat från analysen.

Kommun	Härnösand	Kramfors	Sollefteå	Sundsvall	Timrå	Ånge	Örnsköldsvik*
Kommunkoefficienter (full modell)	-0,017	0,022	-0,022	0,021	-0,010	0,003	0
Modellfördelning (procent)	66,1	70,0	65,7	69,9	66,8	68,1	67,8
Faktisk fördelning (procent)	64,3	66,6	61,8	70,1	64,5	61,5	69,9

Tabell 3: Koefficientskattningar samt modellbaserad fördelning av självskattad hälsa jämfört med den faktiska fördelningen uppdelat på Västernorrlands kommuner. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2022.

* Anledningen till att Örnsköldsviks koefficientskattning är noll betyder ingenting. Det har enbart att göra med att Örnsköldsvik valdes, av statistikbearbetningsprogrammet, som referenskommun när modellparametrarna skattades. Det spelar ingen roll för resultatet vilken kommun som sätts som referenskommun.

Tabell 3 visar koefficientskattningar samt modellbaserad fördelning av självskattad hälsa jämfört med den faktiska fördelningen uppdelat på Västernorrlands kommuner. Modellfördelningen i tabellen är andel i respektive kommun med god självskattad hälsa enligt regressionsmodellen. Modellen visar att om hänsyn tas till alla de oberoende variabler som är med i modellen så minskar skillnaderna mellan kommunerna jämfört med de faktiska resultaten. Detta får den ungefärliga effekttolkningen att om en genomsnittlig person hade bott i den kommun som skiljer sig mest från genomsnittet i länet så kan hans självskattade hälsa förväntas skilja sig 2.2 procentenheter från detta, vilket kan jämföras mot 6.3 procentenheter (minskning med 65 procent) när vi genomförde samma exercis fast utan att kontrollera för de variabler som ingår i modellen (se tabell 2).

Detta kan dock inte tolkas som att återstående skillnader mellan kommunerna kan tillskrivas en faktisk kommuneffekt, utan det finns fortfarande oändligt många andra faktorer att ta hänsyn till innan en sådan slutsats kan dras. Men modellen visar åtminstone att den skenbara kommuneffekten som lyfts när hälsofördelningen redovisas deskriptivt minskar med 65–80 procent⁵ (beroende på vilket av de två tidigare beskrivna måtten som används) när det kontrolleras för andra faktorer.

⁵ Eller uppemot 100 procent eftersom kommuntillhörighet som förklarande variabel inte är signifikant i den kompletta modellen.



Sammanfattning

Anledningen till att invånare, på aggregerad nivå, i vissa kommuner har bättre eller sämre hälsa än invånare i andra kommuner beror till stor del på skillnader i befolkningssammansättning. Vissa kommuner har en högre andel högutbildade, vissa har en befolkning som är äldre, vissa har en befolkning som generellt har mer hälsosamma levnadsvanor osv; och det är fördelningen av dessa faktorer över länets invånare och kommuner som till stor del bidrar till hälsoskillnader mellan kommunerna.⁶ Framför allt verkar det vara olika fördelning i kommunerna avseende ålder, socioekonomi samt levnadsvanor som förklarar varför hälsan ser olika ut i de olika kommunerna.

Få indicier pekar på att det är skillnader i möjligheter till god hälsa mellan kommunerna som bidrar i någon större utsträckning som förklaring till varför geografiska hälsoskillnader i länet finns – men med det heller inte sagt att sådana skillnader ej finns!

I kommuner med en befolkning med sämre hälsa krävs således mer folkhälsoarbete riktat mot promotion av fysisk aktivitet än i andra kommuner för att utjämna ojämlikheter i hälsan; detsamma gäller de psykosociala delarna samt matvanorna. Utöver det krävs också utveckling av arbetsmarknadsåtgärder, lönesättning och utbildning för att på så vis uppnå en jämnare hälsofördelning mellan länets kommuner. Åldersfördelningen i befolkningen är dock svår att påverka – individer är så gamla som de är och bor var de bor!

Som slutlig notis bör nämnas att vi inte kan dra några slutsatser om direkta orsakssamband från resultaten i denna analys. Det går alltså till exempel inte att, utifrån dessa resultat, säga att var en individ är född på ett kausalt sätt påverkar hälsan, eller att om du hade varit en krona rikare hade din hälsa automatiskt förbättrats.

⁶ Vad vi dock inte kan säga utifrån denna analys är om kommuntillhörighet bidrar till exempelvis hälsosammare levnadsvanor; det skulle till exempel kunna vara så att respektive kommun i sig har en effekt på individens fysiska aktivitet. Men detta är ingenting vi kan dra några slutsatser om i denna analys.

Bortfallsinformation

Bortfall från undersökningar kan bidra till att snedvrیدا resultatet om bortfallet inte är helt slumpmässigt, vilket det i princip aldrig är. Däremot kan den snedvridande effekten som bortfallet orsakar korrigeras för om bortfallet kan modelleras med hjälp av registerinformation, där denna registerinformation finns för alla i urvalet. Den information som inkommit från de svarande kalibreras genom att skatta svarssannolikheter för alla element i urvalet, för att därefter viktas via inversen av den skattade svarssannolikheten. Lite förenklat kan sägas att grupper av individer med liknande attribut kan representera alla i urvalet i just denna grupp om där finns ett samband mellan svarssannolikheten och respondenternas respons på respektive enkätfråga. Om vi hade kunnat modellera detta perfekt medför inte bortfall någon bias till resultatet; tyvärr kan det inte modelleras perfekt och det kommer att medföra bias, men biasen genom ett sådant kalibreringsförfarande kan minska avsevärt jämfört med om ingen kalibrering utförs.

Lite oförsiktigt brukar sägas att ett urval ska vara representativt för att vi ska kunna dra slutsatser om hela populationen, men detta är inte alls nödvändigt om vi kan kalibrera och korrigera för bortfallet; eller som en professor i statistik uttryckte det under en personlig dialog, i ungefärliga ordalag: *Representativa urval är inte nödvändigt så länge vi på ett tillfredsställande sätt kan korrigera bortfallets snedvridande effekter med hjälp av bakgrundsinformation.*

Med detta sagt så har ett förfarande enligt bästa praxis genomförts i syfte att korrigera för bortfallets snedvridande effekter och trots ett bortfall om cirka 60 procent kan vi med någorlunda gott mod dra slutsatser om hela befolkningen 16 år och äldre. I tabell 4 listas information över bortfallet i olika grupper i Västernorrlands län. Kvinnor och äldre har högre svarsfrekvens än män och yngre. Svarsfrekvensen är också högre för de med lång utbildning jämfört med de med kort utbildning.

Grupp	Svarsfrekvens (procent)
Kvinnor	44.7
Män	36.9
Kvinnor 16 – 29 år	22.2
Kvinnor 30 – 44 år	30.9
Kvinnor 45 – 64 år	46.1
Kvinnor 65 – 84 år	65.8
Kvinnor 85 år och äldre	46.3
Män 16 – 29 år	17.3
Män 30 – 44 år	19.4
Män 45 – 64 år	37.3
Män 65 – 84 år	61.8
Män 85 år och äldre	55.4
Kort utbildning	32.3
Medellång utbildning	37.8
Lång utbildning	51.6
Sverigefödd	43.1
Född i Norden, utom Sverige	51.0
Född i Europa, utom Norden	26.1
Född i övriga världen, utom Europa	17.8
I registrerat partnerskap eller gift	52.6
Varken i registrerat partnerskap eller gift	33.5
Årsinkomst <147 000	26.3
Årsinkomst 147 000 – 238 000	46.8
Årsinkomst 238 000 – 325 000	42.2
Årsinkomst >325 000	44.9
Härnösand	40.5
Kramfors	40.6
Sollefteå	39.7
Sundsvall	40.6
Timrå	38.8
Ånge	42.0
Örnsköldsvik	42.1
Totalt	40.8

Tabell 4: Svarsfrekvenser i olika grupper i Västernorrlands län, Hälsa på lika villkor 2022. Källa: (Statistiska Centralbyrån, 2022).

Referenser

- 1177.** (2019). Ont i nacke och axlar. Hämtat från 1177: <https://www.1177.se/Vasternorrland/sjukdomar--besvar/skelett-leder-och-muskler/rygg-och-nacke/ont-i-nacke-och-axlar/>
- 1177.** (2020). 1177. Hämtat från Tinnitus: <https://www.1177.se/Vasternorrland/sjukdomar--besvar/ogon-oron-nasa-och-hals/horsel/tinnitus/>
- 1177.** (2021). 1177. Hämtat från Ont i magen hos vuxna: <https://www.1177.se/Vasternorrland/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/magsack-och-matstrupe/ont-i-magen-hos-vuxna/#section-14879>
- Barnombudsmannen.** (2022). Mina rättigheter. Hämtat från <https://minarattigheter.se/>
- Brottsförebyggande Rådet.** (2021). Trots avvecklade restriktioner under hösten har de anmälda brotten inte ökat generellt, men för några brottstyper är nivåerna nästan som före pandemin. Hämtat från <https://bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/nyheter/2021-12-23-trots-avvecklade-restriktioner-under-hosten-har-de-anmalda-brotten-inte-okat-generellt-men-for-nagra-brottstyper-ar-nivaerna-nastan-som-fore-pandemin.html>
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P.** (2005). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 267-275.
- Folkhälsomyndigheten.** (2015). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten.** (2015). Utbildningsnivå och hälsa – Hur hänger de ihop? Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ca6067606d8847f7945e922642853caf/utbildning-halsa-faktablad.pdf>
- Folkhälsomyndigheten.** (den 15 12 2021). Kärnindikatorer för uppföljning av målområden i det folkhälsopolitiska ramverket. Hämtat från Kärnindikatorer för uppföljning av målområden i det folkhälsopolitiska ramverket: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-2-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-malomradesindikatorer.pdf>
- Folkhälsomyndigheten.** (2022). Alkoholens skadeverkningar. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/>
- Folkhälsomyndigheten.** (2022). Att använda narkotika medför ökade risker för hälsoproblem. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikas-skadeverkningar/narkotika-medfor-okade-risker-for-halsoproblem/>
- Folkhälsomyndigheten.** (2022). Friluftsliv för bättre folkhälsa. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/friluftsliv/friluftsliv-for-battare-folkhalsa/>
- Folkhälsomyndigheten.** (2022). Kvalitetsdeklaration Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (HLV).
- Folkhälsomyndigheten.** (2022). Skadeverkningar av tobaks- och nikotinprodukter. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/>
- FYSS.** (2022). FYSS – Evidensbaserad kunskapsbas. Hämtat från FYSS: <https://www.fyss.se/>
- Försäkringskassan.** (2022). Antal personer som är sjukskrivna på grund av stress. Hämtat från <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-pagaende-sjukfall-diagnos-f43>
- Försäkringskassan.** (2022). Så påverkade pandemin sjukförsäkringen. Hämtat från <https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2022-03-31-sa-paverkade-pandemin-sjukforsakringen>
- Hjärt-lungfonden.** (2022). Tandlossning farligt för hjärtat. Hämtat från Hjärt-lungfonden: <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/mer-lasning/tandlossning-farligt-for-hjartat/>
- Klug, W. S., & Cummings, M. R.** (2005). *Essentials of Genetics*. Pearson Education, Inc.

Livsmedelsverket. (2022). Kostråden – hitta ditt sätt. Hämtat från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt>

Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vliek, M. (2009). Psychology – The Science of Mind and Behaviour. McGraw-Hill Education.

Region Västernorrland. (2020). Regional utvecklingsstrategi. Hämtat från <https://www.rvn.se/sv/Utveckling/regional-utvecklingsstrategi/>

Region Västernorrland. (2022). Hälsa på Lika Villkor. Västernorrland.

RFSU. (2022). Vad är trans? Hämtat från <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/kropp-och-kon/trans-och-cis/vad-ar-trans/>

Riddargatan. (2022). Vad är riskbruk och vad är beroende? Hämtat från <https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-utbildning/riskbruk-och-beroende/>

SocialReko, Västernorrlands kommuner samt Region Västernorrland. (2020). För en jämlik, god och nära vård som skapar trygghet. Hämtat från https://www.rvn.se/globalassets/_rvn/demokrati-och-insyn/sammantradeshandlingar/foredragningslistor/fullmaktige-o-styrelsen/regionfullmaktige/tidigare-ar/2021/2021-01-20/arende-nr-23-malbild-god-och-nara-var-d-reko-antagen-2020-09-18.pdf

Statistiska centralbyrån. (2022). Hälsa på Lika Villkor: Teknisk rapport – En beskrivning av genomförande och metoder.

Statistiska Centralbyrån. (2022). Teknisk rapport Västernorrland inkl. bilagor. SCB.

World Health Organization. (2022). Oral Health. Hämtat från WHO: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1

